

BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES ENFERMEIRO-PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA
COMMUNICATION BARRIERS IN THE NURSE-PATIENT RELATIONS: INTEGRATIVE REVIEW
BARRERAS DE COMUNICACIÓN EN LAS RELACIONES ENFERMERO-PACIENTE: REVISIÓN INTEGRATIVA

Ana Paula Borba¹, Bárbara Mancio Santos², Ana Cláudia Puggina²

Submetido: 26/09/2017

Aprovado: 15/12/2017

RESUMO

Objetivo: identificar na literatura nacional e internacional, publicações que apresentem barreiras de comunicação na relação enfermeiro-paciente. **Método:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados MEDLINE e LILACS, sem delimitação prévia de tempo, realizada em outubro de 2014. **Resultados:** Foram incluídos na pesquisa 10 artigos. As barreiras de comunicação descritas nas publicações foram classificadas em quatro categorias: linguagem técnica, idioma, cultura e falta de empatia. **Conclusão:** As barreiras de comunicação identificadas podem afetar diretamente a assistência de enfermagem e devem ser minimizadas para uma melhor assistência ao paciente.

Descritores: Enfermagem; Barreiras da comunicação; Relações Enfermeiro-Paciente.

ABSTRACT

Objective: to identify in the national and international literature publications that presents communication barriers in nurse-patient relationship. **Methodology:** It is integrative literature review conducted in the databases MEDLINE and LILACS, without boundaries of time, held in October 2014. **Results:** The study included 10 articles. Communication barriers described in the publications were classified into four categories: technical language, idiom, culture and lack of empathy. **Conclusion:** The communication barriers identified can directly affect the nursing care and must be minimized for better patient care.

Descriptors: Nursing; Communication Barriers; Nurse-Patient Relations.

RESUMEN

Objetivo: identificar en la literatura nacional y internacional, publicaciones que presenten barreras de comunicación en la relación enfermero-paciente. **Método:** Se trata de una revisión integrativa de la literatura, realizada en las bases de datos MEDLINE y LILACS, sin delimitación previa de tiempo, realizada en octubre de 2014. **Resultados:** Se incluyeron en la búsqueda 10 artículos. Las barreras de comunicación descritas en las publicaciones se clasificaron en cuatro categorías: lenguaje técnico, idioma, cultura y falta de empatía. **Conclusión:** Las barreras de comunicación identificadas pueden afectar directamente la asistencia de enfermería y deben ser minimizadas para una mejor asistencia al paciente.

Descriptores: Enfermería; Barreras de Comunicación; Relaciones Enfermero-paciente.

¹ Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Guarulhos (UNG).

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Coordenadora e docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Guarulhos (UNG). E-mail: apuggina@prof.ung.br

INTRODUÇÃO

Comunicação interpessoal é a comunicação entre duas pessoas e possui basicamente duas dimensões: verbal e não verbal ⁽¹⁾. Comunicação verbal é aquela que se utiliza de palavras escritas ou faladas. A não verbal é aquela expressa por meio de gestos, posturas, expressões faciais, linguagem corporal etc ⁽²⁾.

A dimensão não verbal é responsável pela maior parte da troca de informações entre as pessoas e deve ser decodificada adequadamente para que haja uma compreensão efetiva. O conhecimento da linguagem não verbal possibilita ao profissional da saúde perceber os sentimentos, pensamentos, dúvidas e dificuldades de verbalização do paciente, tornando possível um melhor entendimento de suas necessidades ⁽²⁾.

Na área da saúde, destaca-se a importância do uso da linguagem e da escuta terapêutica no cuidado aos pacientes. Linguagem terapêutica é uma habilidade específica, planejada e utilizada para ajudar a identificar e estabelecer um plano de cuidado individualizado ao paciente e torna-se efetiva com o uso de técnicas de escuta ativa, reflexão, uso de perguntas abertas, esclarecimentos, silêncio e capacidade de resumir e revisar informações dadas anteriormente. A escuta terapêutica é empregada para interpretar situações e problemas revelados pelo paciente, ouvindo-o reflexivamente, sendo um processo ativo e voluntário de compreensão do outro ⁽³⁻⁴⁾.

A comunicação para ser efetiva necessita ser compreendida em sua amplitude por todos os

envolvidos, porém podem ocorrer barreiras comunicacionais que dificultem ou impeçam a total compreensão da informação ⁽³⁾.

Barreiras de comunicação podem ser definidas como fatores, linguagem ou relações socioculturais, que interferem na interpretação e transmissão adequada das ideias entre os indivíduos ou grupos ⁽²⁾. Estas podem ser classificadas como ambientais, físicas e psicológicas ^(1,5), bem como podem estar presentes tanto no emissor quanto no receptor no processo de comunicação, ou seja, tanto no paciente quanto no enfermeiro.

Barreiras ambientais podem ocorrer devido aos ruídos dos ambientes hospitalares tais como os sons e alarmes dos equipamentos, conversas paralelas entre a equipe multiprofissional à beira do leito do paciente, móveis e objetos utilizados entre os comunicantes, como pranchetas e até a própria vestimenta do profissional ⁽³⁾.

Ruídos presentes nas Unidades de Terapia Intensiva podem representar barreiras comunicacionais e de acordo com Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) estes devem estar entre 45 a 55 decibéis para que o paciente tenha conforto acústico. Paredes e janelas com acústica adequada, equipamentos com ajustes adequados dos alarmes, diminuição

¹ Classificação das barreiras baseada nas características definidoras e fatores relacionados do Diagnóstico de Enfermagem "Comunicação Verbal Prejudicada".

do volume das campanhas dos telefones, orientações pessoais e atenção ao tom de voz da equipe multiprofissional são medidas para combater a poluição sonora nestes ambientes ⁽⁶⁾. A iluminação e a temperatura constituem também, barreiras ambientais, à medida que produzem uma condição de estresse no paciente ⁽⁷⁾.

As barreiras físicas relacionadas aos pacientes podem ocorrer por dificuldades de expressão ou recepção das mensagens, tais como: déficit visual parcial ou total; ausência de contato visual voluntário; desorientação no tempo e espaço; alteração do nível de consciência; dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos por problemas de afasia, disfasia, apraxia, dislexia ou traqueostomia; dificuldade para formar palavras devido a afonia, dislalia ou disartria), gagueira; defeito anatômico que dificulte a expressão verbal por exemplo fenda palatina; alteração do sistema visual neuromuscular; sistema auditivo ou aparelho fonador; efeitos colaterais relacionados ao tratamento ou medicação em uso ⁽⁵⁾.

Procedimentos cirúrgicos de cabeça e pescoço como laringectomia e traqueostomia, que acometem os mecanismos da fala no pós-operatório, causam a impossibilidade de comunicação verbal do paciente, tornando-se uma barreira comunicacional importante e que pode interferir na relação enfermeiro-paciente ⁽⁸⁾.

Coma, estado vegetativo ou estado minimamente consciente (desordem de consciência) constituem um exemplo de barreira de comunicação em que a alteração da consciência é um fator limitante da comunicação. Neste caso, o enfermeiro deve estar atento a comunicação não verbal dos pacientes, assim

como na sua própria comunicação verbal, exigindo de si e da equipe de enfermagem conduta e postura adequadas para um cuidado sem iatrogenias psicológicas ⁽⁶⁾.

Barreiras psicológicas constituem dificuldades na atenção seletiva, dificuldade para compreender o padrão usual de comunicação, incapacidade de falar o idioma do cuidador, diferenças culturais, recusa obstinada a falar, condições emocionais, estresse, psicose, falta de estímulos, falta de habilidade em comunicação interpessoal e na transmissão clara dos pensamentos ⁽⁹⁾.

Divergências nos aspectos culturais na relação enfermeiro-paciente podem apresentar-se como barreiras de comunicação tais como: valores culturais, percepções sobre a doença, cuidados e tratamento, a linguagem e a própria experiência cultural do profissional da saúde ou do paciente ⁽¹⁰⁾.

Percepção inadequada e falta de autocontrole emocional podem ser determinantes negativos no relacionamento interpessoal. Estudo que investigou a comunicação entre enfermeiros e pacientes em fase terminal de vida, os profissionais consideraram-se incapazes emocionalmente de trabalhar seus sentimentos em uma situação de morte eminente, tornando muitas vezes essa comunicação ineficaz ⁽¹¹⁾.

Na comunicação verbal, há comportamentos apresentados pelos enfermeiros que dificultam a formação do vínculo com os pacientes, sendo, portanto, considerados barreiras comunicacionais, como tranquilizar o paciente utilizando clichês ou comentários estereotipados, orientar o paciente sem considerar sua presença

ou seus sentimentos, desaprovar ou depreciar o comportamento do paciente perante determinados procedimentos ou pessoas, encerrar a comunicação de forma abrupta, desculpar-se de forma inadequada como forma de defesa a determinadas ocorrências ⁽⁹⁾.

Outras possíveis barreiras de comunicação no relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente podem ser por falta de tempo dos profissionais devido à alta demanda de atividades e sobrecarga de trabalho, o que leva a uma comunicação não efetiva e superficial ⁽¹²⁾.

O uso de uma linguagem clara e acessível é uma responsabilidade do profissional de saúde. Linguagem técnica e rebuscada com os pacientes e familiares geralmente gera mal-entendidos, conflitos e falta de empatia nessas relações ⁽¹³⁾.

A comunicação escrita também pode constituir barreira de comunicação entre a equipe multiprofissional, devendo ser clara, objetiva e acessível a todos aqueles a que se destina. Interpretações inadequadas da comunicação escrita no prontuário do paciente podem gerar erros no cuidado e no tratamento ⁽²⁾.

A comunicação é um instrumento básico para a assistência de enfermagem e por meio da utilização adequada de técnicas efetivas de comunicação, o enfermeiro perceberá sinais, gestos e movimentos que expressam o que o paciente está sentindo, quais são suas necessidades, proporcionando realmente um compartilhar de ideias, pensamentos e sentimentos ⁽¹⁴⁾. Para isso, o reconhecimento das barreiras de comunicação pode ajudar o enfermeiro a evitá-las.

OBJETIVO

Identificar na literatura nacional e internacional, publicações que apresentem barreiras de comunicação na relação enfermeiro-paciente.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de revisão integrativa da literatura.

A revisão integrativa possui a abordagem metodológica mais ampla dentre os tipos de revisão, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno. As seis fases para a elaboração de uma revisão integrativa são: a elaboração da pergunta, busca na literatura sobre o tema escolhido, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados a partir de interpretação e análise e apresentação dos resultados encontrados ⁽¹⁵⁾.

Foram incluídos na pesquisa, publicações que atenderam aos critérios de inclusão: (1) abordar o tema barreiras de comunicação e relacionamento enfermeiro-paciente; (2) estar disponível na íntegra no Brasil e (3) estar publicado no idioma português ou inglês. Os critérios para exclusão das publicações foram: (1) serem editoriais e (2) não abordarem diretamente os temas escolhidos.

A pesquisa foi realizada na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System*

Online (MEDLINE). Os descritores utilizados foram “Enfermagem” e “Barreiras da comunicação”. A busca foi feita sem delimitação prévia de tempo. Foram analisados os resumos dos artigos e os que foram selecionados para a amostra foram obtidos e lidos na íntegra.

Os artigos selecionados na amostra foram avaliados quanti-qualitativamente. A análise quantitativa descreveu em número e porcentagem os dados objetivos das publicações, tais como periódico, ano de publicação, país em que foi realizada a coleta de dados e profissionais envolvidos. A análise qualitativa foi realizada por meio de análise de conteúdo usando o referencial teórico de Bardin.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de

produção/recepção destas mensagens. Sendo dividida em fases: pré-análise; exploração do material, tratamento dos resultados (inferência e interpretação) e classificação temática ⁽¹⁶⁾.

RESULTADOS

Na busca eletrônica no portal da Biblioteca Virtual de Saúde, realizada em outubro de 2014, foram obtidos um total de 29 artigos, sendo 25 (86%) na base MEDLINE e 4 (14%) na base LILACS. Em seguida, foi realizada uma busca ativa presencial nas bibliotecas Bireme e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, onde foi possível excluir 11 (38%) publicações por não estarem disponíveis no Brasil (n=8;73%) e por não estarem nos idiomas português ou inglês (n=3;27%). Após leitura dos 18 (62%) artigos na íntegra, foram excluídos aqueles que não abordaram barreiras de comunicação (n=7;39%) e um editorial (n=1;6%) (Tabela 1).

Tabela 1: Motivo de exclusão das publicações. Guarulhos, 2015.

Motivo da exclusão	N	%
Idioma	3*	16
Não abordar barreiras de comunicação	7	37
Editorial	1	5
Não estar disponível no Brasil**	8	42
Total	19	100%

Nota: *alemão e espanhol; **Busca ativa presencial na Bireme e biblioteca da Escola de Enfermagem USP.

A amostra do presente estudo foi constituída por 10 artigos. A maioria dos artigos (n=9; 90%) foi escrito por enfermeiras e publicados em periódicos destinados a esse público. O ano de publicação variou de 1986 a 2013, sendo que a

maioria (n=8; 80%) foi publicada a partir de 2001. O idioma predominante nas publicações foi o inglês (n=9; 90%) e apenas um artigo sobre o tema foi publicado em português (n=1;10%) (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição das publicações selecionadas para o estudo. Guarulhos, 2015.

Título do artigo	Periódico	País	Ano	Nº de autores	Profissão
Multicultural Nursing ²⁷	International Nursing Review	Suíça	1986	1	Enfermeira
Empowerment of dying patients: the strategies and barriers to patient autonomy ²⁸	Journal of Advanced Nursing	Inglaterra	1998	1	Enfermeira
Reflexões sobre a coerência discursivo-prática no processo de interação usuário e equipe de enfermagem: uma experiência no Centro de Saúde Escola de Botucatu ¹⁹	Saúde em Debate	Brasil	2001	4	Enfermeiras
Nursing Terminology ²¹	Research and Theory for Nursing Practice	EUA	2003	1	Enfermeira
Strangers in Strange lands: A metasynthesis of Immigrant Asian Nurses working in Western Countries ²⁵	Advances in Nursing Science	EUA	2007	1	Enfermeira
Building a case for using technology: health literacy and patient education ²³	Nursing Economics	EUA	2007	1	Enfermeira
Patient illiteracy ¹⁸	AORN Journal	EUA	2007	1	Enfermeira
Adaptation and transformation through (un)learning: lived experiences of immigrant Chinese nurses in US healthcare environment ²⁴	Advances in Nursing Science	EUA	2008	3	Enfermeiras
Health Literacy: more than just three Rs ²⁰	Canadian Nurse	Canadá	2011	1	Jornalista
Critical cultural competence for culturally diverse workforces: toward	Advances	Arabia	2013	2	Enfermeira

Considerando os tipos de barreiras apresentadas nos artigos encontrou-se quatro categorias temáticas (Figura 1).

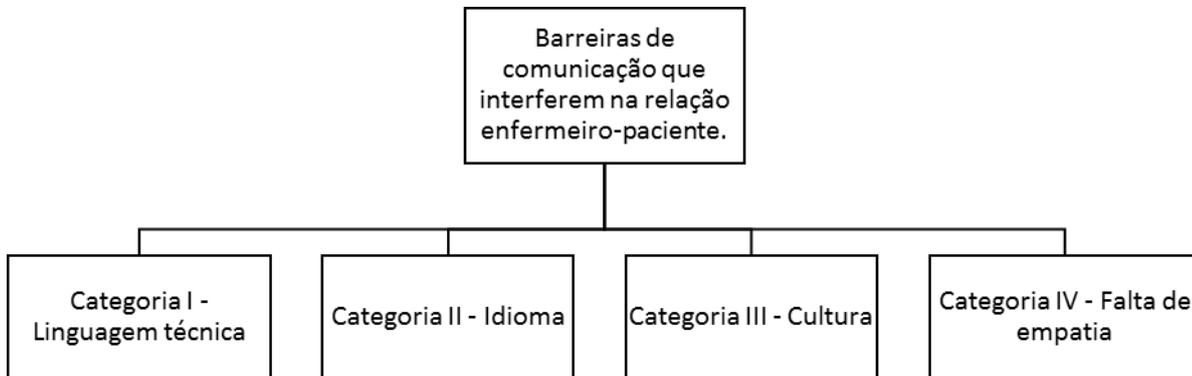


Figura 1: Categorias temáticas encontradas nos artigos selecionados. Guarulhos, 2015.

Categoria I – Linguagem técnica

Nesta categoria, quatro artigos (n=4; 40%) descreveram a linguagem técnica do profissional como uma barreira de comunicação. Linguagem técnica pode ser definida como uma linguagem que transmite um significado específico ⁽⁷⁾.

Um artigo analisado nesta revisão descreve que o uso da linguagem técnica pelos profissionais da área da saúde não é facilmente compreendido pelos pacientes podendo levar a interpretações erradas, mal-entendidos em relação à doença, medicação e procedimentos pós-alta, hospitalizações desnecessárias, falta de adesão ao plano de tratamento e aumento da taxa de mortalidade e morbidade ⁽¹⁷⁾.

Pacientes com baixa competência de alfabetismo apresentaram piores condições de saúde, maiores taxas de internação e custos mais elevados nos cuidados do que os pacientes com alfabetização adequada ⁽¹⁸⁾.

Artigos descrevem de maneira semelhante a responsabilidade profissional nesse processo,

assim sendo o enfermeiro tem a responsabilidade de avaliar o grau de conhecimento do paciente em saúde e implementar medidas adequadas para garantir sua compreensão ⁽¹⁹⁾. A capacitação dos profissionais da enfermagem em relação ao relacionamento com o paciente e a utilização de uma linguagem comum são essenciais para evitar o fracasso das atividades de promoção em saúde ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Entretanto, apesar das dificuldades dos enfermeiros, em um dos estudos analisados, foi constatado que os pacientes compreendem sua doença e seu tratamento, por meio dos termos técnicos utilizados pelos enfermeiros com maior facilidade do que os utilizados pelos médicos ⁽²⁰⁾.

Categoria II – Idioma

Nesta categoria, quatro estudos (n=4; 40%) evidenciam o idioma como uma barreira comunicacional importante no contexto a que cada um deles se refere. Idioma é considerado toda espécie de língua culta, oficial ou não, ao serviço

da comunidade inteira ⁽²¹⁾.

Estudo analisado realizado nos Estados Unidos acerca de pacientes que não tem a língua inglesa como língua materna, atendidos em hospitais americanos, constatou a necessidade de atendimento inicial ao paciente em seu idioma nativo, além da utilização de tecnologias como por exemplo multimídias disponíveis que podem ser adquiridas em bases da Internet na língua materna do paciente, para o esclarecimento de dúvidas e do plano de tratamento de sua doença ⁽²²⁾.

Assistir pacientes com limitações de entendimento do idioma em cuidados básicos de saúde na língua inglesa, é um desafio na busca pela excelência no cuidado da enfermagem nos Estados Unidos. É de responsabilidade da enfermagem direcionar e apresentar as tecnologias disponíveis para que adquiram recursos apropriados na manutenção de sua saúde, escolhas e estilos de vida saudável ⁽²²⁾.

Dois artigos selecionados nesta revisão destacam um problema crescente, em um mundo globalizado é cada vez maior o número de profissionais na área de enfermagem que buscam qualificações em outros países. Estudos realizados nos Estados Unidos com enfermeiras provenientes da Ásia revelaram um risco real e potencial para a segurança do paciente e para a qualidade do cuidado, por conta da dificuldade como idioma. O idioma, como barreira de linguagem, dificultou a comunicação entre essas enfermeiras e os pacientes, familiares e equipe de saúde, especialmente, durante a troca de informações, devido a pronúncia incorreta, sotaque, gírias e linguagem informal, o que aumentou a preocupação com erros médicos e orientações incorretas. O medo de errar ao falar constitui um empecilho para aprimorar o idioma, intimidada, e a falta de percepção em relação ao

sotaque pode acarretar um distanciamento entre os indivíduos ⁽²³⁻²⁴⁾.

Outro estudo incluído nesta categoria foi realizado envolvendo enfermeiros de diversas culturas em hospital terciário na Arábia Saudita, a maioria pertencente a grupos de minorias étnicas que não falam a língua nativa de seus pacientes. Na tentativa de uma comunicação efetiva foi necessária a utilização de intérpretes não profissionais o que facilitou a comunicação verbal, entretanto dificultou a formação do vínculo e a interação enfermeiro-paciente ⁽²⁵⁾.

Categoria III – Cultura

Nesta categoria, quatro artigos (n=4; 40%) evidenciam a cultura como principal barreira de comunicação. Cultura é um conjunto de ideias, regras, comportamentos compartilhados em um determinado grupo ⁽¹⁰⁾.

Nesta categoria, três estudos evidenciaram aspectos culturais envolvendo as mulheres. Dentro do contexto da cultura foram relatados casos de discriminação racial e social sofridas pelas profissionais estrangeiras durante o atendimento aos pacientes. As mulheres asiáticas fazem parte de uma cultura de submissão e levam esse estilo de vida para o âmbito profissional ⁽¹⁸⁾. Essas mulheres crescem sendo mais introvertidas o que as torna mais tímidas dentro do processo de comunicação e conseqüentemente na atuação profissional ⁽²⁴⁾.

Nos países orientais as enfermeiras trabalham conjuntamente com os médicos e não tem autonomia, já nos países ocidentais essa postura é vista como falta de liderança. Entretanto, apesar das adversidades, as enfermeiras orientais demonstram motivação, perseverança e perspicácia, transformando obstáculos em oportunidades, o que é valorizado pelos países

ocidentais ⁽²³⁾.

O Centro de Saúde para imigrantes em Oslo observou o desconhecimento dos profissionais de saúde referente aos aspectos básicos das religiões, especialmente a islâmica e a hinduísta, e de que forma elas influenciam a vida do paciente. O desconhecimento destes aspectos pode interferir negativamente na relação enfermeiro-paciente, uma vez que a cultura espiritual do paciente precisa ser considerada e respeitada para a formação do vínculo entre eles ⁽²⁶⁾.

Categoria IV – Falta de empatia

Nesta última categoria, dois estudos (n=2; 20%) evidenciam a falta de empatia como principal barreira de comunicação. A empatia é a capacidade de compreender e aceitar a realidade de outra pessoa, de perceber os sentimentos com exatidão e de comunicar esta compreensão para o outro ⁽⁷⁾.

Um dos artigos analisados refere a importância do reconhecimento de distanciamento, conflito, nível de envolvimento emocional, temas tabus na relação enfermeiro-paciente e da habilidade de se colocar no lugar do outro para que inicie uma relação mais verdadeira, sendo necessário um ensino direcionado a esses profissionais que aborde conceitos de comunicação, cooperação, integração, humanização e empatia ⁽¹⁸⁾.

O outro artigo incluído nesta categoria menciona que o enfermeiro pode demonstrar e valorizar o papel da empatia, criar uma atmosfera de abertura e honestidade, permitir que o paciente fale acerca de suas preocupações e ansiedades, sem perder o profissionalismo, colocando em prática habilidades que servem para melhorar a qualidade de vida, autoestima e bem-estar dos

pacientes ⁽²⁷⁾.

DISCUSSÃO

A comunicação é um processo bidirecional e para que ocorra de maneira efetiva é preciso que a mensagem enviada seja recebida, validada e promova uma resposta. Não só enfermeiros e profissionais da saúde, mas também os pacientes possuem atitudes que são expressas e decodificadas nas relações interpessoais ⁽²⁸⁾.

O paciente pode não ter domínio da linguagem técnica, tampouco avaliar o profissional tecnicamente, porém tem a capacidade de avaliar subjetivamente por meio da afetividade, de um toque, um olhar e da atenção dispensada durante o atendimento ⁽²⁸⁾. A linguagem técnica deve ser utilizada somente entre os profissionais de saúde, para que o paciente tenha uma total compreensão do que está sendo comunicado ⁽⁷⁾.

O enfermeiro necessita modificar sua intervenção com o paciente, não só focando no problema de saúde, mas também na experiência vivida pelo paciente levando em conta suas capacidades e dificuldades, optando dessa forma pelo melhor percurso informativo as suas necessidades, porque a falta de entendimento da doença pode levar ao fracasso no atendimento ⁽¹⁰⁾.

A compreensão de uma orientação, inevitavelmente depende da comunicação verbal e do idioma falado entre os comunicantes. O idioma é um fato social, produto da coletividade, estabelecendo valores por meio da convenção social, as línguas têm diferentes formas de nomear aspectos muitas vezes idênticos da realidade cotidiana ⁽²¹⁾.

Alguns cuidados com a comunicação verbal podem aumentar a recordação e a compreensão do paciente em relação as orientações realizadas pelos enfermeiros. Organizar as informações em blocos lógicos, simplificar a mensagem, tornar a mensagem específica em vez de geral, repetir a mensagem, resumir, verificar a compreensão, pedir para os pacientes darem uma explicação com suas próprias palavras, e reforçar as mensagens mais importantes. Mesmo pacientes com boas habilidades de alfabetização devem se beneficiar dessas técnicas ⁽¹⁸⁾.

Na Espanha, foi realizado um estudo que demonstrou a importância do idioma inglês no Bacharelado em Enfermagem devido aos novos perfis de competências nos sistemas de saúde nacional e internacional. Um número significativo de universidades não inclui a língua inglesa como disciplina obrigatória, a oferecem como eletiva, isso poderá limitar futuramente as oportunidades desses profissionais no mercado de trabalho ⁽²⁹⁾.

Em um estudo realizado com enfermeiras brasileiras em dois hospitais da Cidade de Santiago no Chile foi constatada a dificuldade das mesmas com relação a troca do significado das palavras e no uso de expressões idiomáticas, o que gerou dúvidas entre a equipe de saúde e no cuidado com os pacientes. Esforços em todo o mundo têm sido feitos para definição das competências culturais dos estudantes de enfermagem e a incorporação dessas aos currículos. Entretanto, muitos profissionais carecem dessa formação. Desse modo, é de vital importância dar suporte a esses profissionais durante os primeiros anos de atuação por meio de programas educacionais e intervenções

destinadas à consciência cultural e melhoria da competência em comunicação interpessoal ⁽³⁰⁾.

No processo de hospitalização do imigrante japonês no Brasil, mais especificamente em um hospital na cidade de São Paulo, foi constatado que eles enfrentam inúmeras dificuldades devido a barreira do idioma, o que impede uma comunicação efetiva com a equipe de saúde. O relacionamento enfermeiro-paciente é prejudicado, dificultando a compreensão da doença e do tratamento a que esses são submetidos, acarretando sofrimento aos mesmos por não poderem ou conseguirem expressar seus sentimentos. Esse estudo também mostrou que o imigrante japonês tem suas falas permeadas pela influência cultural, possuindo algumas características comportamentais próprias, como a autorrestrrição (*enryo*), autocontrole em suportar situações angustiantes e/ou aflitivas (*gaman*) e o conformar-se com a situação vivida (*shogana*)⁽³¹⁾.

O número de imigrantes internacionais do Brasil passou de 143 mil entre 1995 e 2000 para 268 mil entre 2005 e 2010. Entre os imigrantes internacionais que chegaram ao Brasil entre 2005 e 2010 65,5% eram brasileiros, ou seja, imigrantes internacionais de retorno. Dentre os principais os países de origem dos imigrantes internacionais do Brasil entre 2005-2010, destaca-se Estados Unidos (25%), Japão (20%), Paraguai (12%), Portugal (11%) e Bolívia (8%). Dos 51.933 imigrantes provenientes dos Estados Unidos, 84,2% eram brasileiros. Entre os 41.417 imigrantes provenientes do Japão, 89,1% eram brasileiros. Já entre os 15.753 imigrantes provenientes da Bolívia, apenas 25% eram brasileiros ⁽³²⁾.

Estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família, em um município de São Paulo com 25 imigrantes bolivianos, mostrou que mais de um milhão de imigrantes vivem no Brasil, enfatizando a importância de ter uma assistência à saúde que seja adaptada, considerando a diversidade das pessoas e respeitando seus costumes e hábitos, além de se observar o nível de saúde e suas condições socioeconômicas, para que seja implementada qualquer ação em saúde ⁽³³⁾.

Os fatores culturais têm importância primordial na relação enfermeiro-paciente, pois os pacientes podem possuir terminologias com significados próprios que muitas vezes dificultam a interpretação do profissional de saúde em seu processo de saúde/doença, influenciando o trabalho de educação, prevenção e tratamento¹⁰. Nesse caso, o uso de técnicas de validação do conteúdo e de significado são essenciais para que sejam evitados mal-entendidos ⁽¹⁰⁾.

O Brasil, por apresentar uma grande dimensão territorial, configura uma vasta diversidade cultural no seu povo. As regiões brasileiras apresentam diferentes peculiaridades culturais que são representadas por meio de danças, festas populares e de cunho religioso, além da culinária, pois temos influências de diversos povos com culturas diferentes como por exemplo os europeus, asiáticos, indígenas e africanos, em todas as áreas do conhecimento e cada um com seu valor inestimável ⁽³⁵⁾.

Aperto de mão é diferente dependendo da cultura. Nas culturas do Oriente Médio, é rude cumprimentar alguém usando a mão direita, mão utilizada para atividades higiênicas no banheiro. Portanto, espera-se um aperto de mãos com a

mão esquerda. Em muitos países europeus as pessoas se cumprimentam com um aperto de mão (destro) e um beijo em cada uma das faces. Na cultura russa, a pessoa mais velha na interação é que estende primeiro a mão para um cumprimento. É um sinal de desrespeito uma pessoa mais jovem a iniciar o aperto de mão ⁽¹⁾.

Há inúmeras diferenças culturais até mesmo dentro de uma mesma nacionalidade, e o enfermeiro deve atentar-se a existência de variações nos costumes e hábitos, para respeitar, compreender e formar um vínculo de confiança com os pacientes ⁽¹⁰⁾. Conhecer e estudar as barreiras culturais, além de expandir os conhecimentos a respeito de outras culturas, fará com que o profissional se comunique com mais assertividade ⁽¹⁾.

De uma mais intrínseca, há inclusive cultura de contexto, conteúdo, contato e afeto. Na cultura de contexto, a mensagem é compreendida por meio da relação entre os participantes, pelo não verbal e pela interpretação dos comportamentos; na cultura de conteúdo, a mensagem deve ser explícita verbalmente e de maneira específica; a cultura de contato ou não contato envolve a permissão do toque é diferente entre os indivíduos ou grupos; e finalmente a cultura afetiva permeia o nível emocional revelado e permitido nas relações ⁽³⁴⁾.

Comunicação competente é a habilidade para se comunicar efetivamente e apropriadamente dentro de um contexto comunicacional e cultural¹. Portanto, quando o profissional de saúde se torna mais consciente das possíveis barreiras de comunicação, existem maiores possibilidades de que ele seja assertivo e competente na sua atividade profissional.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Barreiras de comunicação podem se apresentar de diversas formas, entretanto especificamente na relação enfermeiro-paciente foram identificadas a linguagem técnica, o idioma, a cultura e a falta de empatia como principais barreiras descritas nos artigos analisados.

Para que o processo de comunicação seja efetivo e assertivo é imprescindível o entendimento entre os envolvidos. As barreiras de comunicação identificadas podem afetar diretamente a assistência de enfermagem e devem ser minimizadas para uma melhor assistência ao paciente.

Uma limitação do estudo foi o tamanho da amostra, que ao se apresentar em tamanho reduzido, permitiu considerar em sua maioria apenas países que possuem como língua materna o inglês e limitou as considerações acerca da realidade brasileira. Entretanto, espera-se que este estudo seja proveitoso para que mais pesquisas acerca desse tema sejam realizadas na língua portuguesa, servindo de base para novas considerações acerca da relação enfermeiro-paciente também no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Froemling KK, Grice GL, Skinner JF. Communication: the handbook. New York: Pearson; 2011
2. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 9ª ed. São Paulo: Loyola; 2013.

3. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989.
4. Souza RC, Pereira MA, Kantorski LP. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2003;11:92-97.
5. Nanda I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ North American Nursing Diagnosis Association – International. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2013.
6. Cheregatti AL, Amorin CP. Enfermagem em unidade de terapia intensiva. São Paulo: Martinari; 2010.
7. Potter PA, Perry AG, Hall AM, Stocker PA. Fundamentos de enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
8. Melles AM, Zago MMF. A utilização da lousa mágica na comunicação do traqueostomizado. Rev Latino-am Enferm. 2011;9(1):73-9.
9. Oliveira VT, Cassiani SHB. O processo de comunicação na administração de medicações injetáveis em crianças sob a perspectiva da interação entre mãe-criança e auxiliares de enfermagem. Rev Latino-am Enferm. 1997;5(4):61-7.
10. Leite AJM, Caprara A, Filho JMC. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier; 2007.
11. Leite BS, Aurélio C et al. A relação entre os profissionais de enfermagem e pacientes terminais: a influência da

- comunicação. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2012;6(1):1-7.
12. Araújo IMA, Silva RM, Bonfim IM, Fernandes AFC. A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de Grounded Theory. *Rev Latino-am Enferm*. 2010;18(1):1-7.
13. Bezerra ALQ, Dal Bem LW, Camargo MNV, Pinheiro VFO. Gesto e postura do enfermeiro durante a orientação a familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(2):134-9.
14. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):323-7.
15. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1):102-6
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2009.
17. Jones HJ. Patient illiteracy. *AORN Journal*. 2008. 85(5):951-5.
18. Morita I, Maeda ST, Costa ES, Araújo AS. Reflexões sobre a coerência discursivo-prática no processo de interação usuário e equipe de enfermagem: uma experiência no Centro de Saúde Escola de Botucatu. *Saúde em Debate*. 2001;25(59):50-8.
19. Eggerston L. Health literacy: more than just three Rs. *Can Nurse*. 2011;107(1):18-23.
20. Strachan H. Nursing Terminology. *Res Theory Nurs Pract*. 2003;17(3):183-6.
21. Saussure F. *Curso de linguística geral*. São Paulo: Cultrix; 1995.
22. Cassey MZ. Building a case for using technology: health literacy and patient education. *Nurs Econ*. 2007;25(3):186-8.
23. Xu Y, G Antonio, Kim SH. Adaptation and transformation through (un) learning: lived experiences of immigrant chinese nurses in US Healthcare Environment. *Adv Nurs Sci*. 2008;31(2):33-47.
24. Xu Y. Strangers in strange lands: A metasynthesis of lived experiences of immigrant Asian nurses working in Western Countries. *Adv Nurs Sci*. 2007;30(3):246-65.
25. Almutairi AF, Rondney P. Critical cultural competence for culturally diverse of workforces: Toward equitable and peaceful health care. *Adv Nurs Sci*. 2013;36(3):200-12.
26. Dawis T. Multicultural nursing. *Int Nurs Rev*. 1986;33(5):148-50.
27. Martin GW. Empowerment of dying patients: the strategies and barriers to patient autonomy. *J Adv Nurs*. 1998;28(4):737-44.
28. Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev Bioética*. 2001;10(2):73-88.
29. Bejanara RC, González AB, Crespo MIM, Navarro DM. Inglês no grau de enfermagem: um assunto pendente. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(2):8.
30. Rodríguez G, Muñoz LA, Hoga LAK. Vivências culturais de enfermeiras imigrantes em dois hospitais do Chile. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014;22(2):187-96.

31. Chubaci RYS, Merighi MAB. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. Rev Latino-Am Enferm. 2002;10(6):805-12.
32. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010.
33. Melo RA, Campinas LLSL. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes Bolivianos na estratégia saúde da família. O Mundo da Saúde. 2010;34(1):25-35.
34. Goman CK. A Vantagem não verbal: segredos e ciência da linguagem corporal no trabalho. Petrópolis: Vozes; 2010
35. Alves SM, Miranda D. Diversidade e pluralidade cultural no Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário Leonardo da Vinci, 2010. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/diversidade-e-pluralidade-cultural-no-brasil/58993/>