

Vivências culturais de enfermeiras imigrantes em dois hospitais do Chile

Gabriel Rodríguez¹

Luz Angélica-Muñoz²

Luiza Akiko Komura Hoga³

Objetivo: pesquisar as experiências culturais de enfermeiros que migraram para o Chile. O referencial teórico utilizado foi o Modelo de Competência Cultural de Purnell. **Método:** o método de Observação-Participação-Reflexão, proposto por Leininger, foi desenvolvido em dois hospitais da Cidade de Santiago, e entrevistas etnográficas foram realizadas com 15 enfermeiras migrantes. **Resultados:** dos 12 domínios de Purnell, foram identificados: herança e visão geral, comunicação, força de trabalho, função e organização familiar, diversidade biocultural e práticas de cuidado na área de saúde. As dificuldades foram relativas ao idioma e seu significado semântico, às novas responsabilidades e ao difícil relacionamento com os colegas. "Em busca de melhores oportunidades – a decisão de migrar", "ganhar confiança e estabelecer rede de apoio, inserção laboral e desempenho profissional" e "conquistar pessoas, com o intuito de ser aceita – a adaptação ao trabalho em um novo cenário cultural" são temas culturais que representam a vivência desses profissionais. **Conclusões:** a competência para prestar cuidado cultural requer o desenvolvimento de políticas públicas e programas de treinamento contínuo nas instituições de saúde, especificamente direcionados aos enfermeiros imigrantes.

Descritores: Enfermeiras; Migração Internacional; Pesquisa Qualitativa; Antropologia Cultural; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital.

¹ PhD, Professor, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

² PhD, Professor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Gabriel Rodríguez
Universidad Andres Bello. Facultad de Enfermería
Av. República, 237
Centro
26618476, Santiago, Chile
E-mail: gdriguez@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Estudos focalizando as experiências vividas por enfermeiras que migraram para países como Austrália, Estados Unidos da América e Canadá identificaram barreiras culturais como marginalização, dificuldade com relação ao idioma, desvalorização da capacidade profissional e o desenvolvimento de relações estressantes com companheiros de trabalho⁽¹⁻³⁾.

No estudo multicêntrico da Organização Panamericana da Saúde (OPS), não publicado, intitulado "Migração de Enfermeiras da América Latina: Área da América do Sul" da Série Nº 60 de Recursos Humanos⁽⁴⁾, foram analisadas algumas experiências das profissionais nos países da região. De acordo com esse estudo, as razões mais frequentes que levaram as enfermeiras a migrar para o Chile foram os de caráter familiar, político, de insegurança, econômico, as características culturais e o desejo do desenvolvimento pessoal.

A precária situação econômica, as escassas oportunidades de trabalho, de desenvolvimento profissional e a falta de políticas de trabalho benéficas para a população em geral e que afetam diretamente os profissionais de enfermagem são as principais razões que caracterizam o fenômeno central da migração desses profissionais.

O desenvolvimento pessoal, a estabilidade econômica e o desempenho em condições de trabalho satisfatórias são suas aspirações; no entanto, apontaram para a difícil inserção no mercado de trabalho. Foram identificados, também, três estágios em sua trajetória de migração: a decisão de emigrar, a transferência e o estabelecimento inicial no país de destino e a consolidação profissional e social⁽⁴⁾.

As razões que levaram as enfermeiras a migrar para a Argentina foram os familiares, as econômicas e as referentes ao desenvolvimento profissional, respectivamente.

As dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras brasileiras imigrantes foram o idioma e as diferenças culturais. As enfermeiras que imigraram para a Venezuela, embora expressassem satisfação em relação às suas realizações, tanto profissionais quanto as referentes a seus projetos de vida, mencionam dificuldades em conciliar o papel de mãe-esposa-profissional e, também, enfrentar sentimentos de desapego, conflitos esses que fazem com que se sintam vulneráveis⁽⁴⁾. Portanto, os profissionais de enfermagem imigrantes enfrentam dificuldades no processo de colocação no mercado de trabalho em outro país.

Nesse cenário, há uma crise global que afeta a população, como o déficit quantitativo de pessoal na

área da saúde, a falta de especialistas, o déficit referente à prevenção e promoção da saúde e a migração de profissionais. Isso leva à comercialização dos serviços em detrimento dos ideais profissionais e à perda de confiança e motivação dos profissionais da saúde⁽⁵⁾.

As tendências dessa nova ordem pós-moderna se refletem no trabalho e nos serviços de enfermagem, e esforços devem ser empreendidos para superar o *status quo*, uma vez que a fonte de toda a energia para concretizar mudanças provém do capital humano. Isso leva à responsabilidade social que as universidades, organizações e serviços de saúde devem ter diante dos cidadãos⁽⁶⁾.

Os profissionais de saúde devem promover o crescimento, o desenvolvimento, a comunicação e a preservação do conhecimento dentro das instituições, para que, finalmente, a gestão em enfermagem possibilite o alcance de respostas rápidas e assertivas na tomada de decisões na prática clínica⁽⁷⁾.

Este estudo foi realizado levando-se em conta a existência das diferentes características dos profissionais de enfermagem, com relação aos aspectos educacionais, socioeconômicos, familiares e comportamentais, de acordo com o país e seu contexto cultural. A questão à qual se pretendeu responder foi: quais são as experiências de natureza cultural vivenciadas por enfermeiras que migram para o Chile com o intuito de trabalhar?

O objetivo deste estudo foi explorar as experiências culturais das enfermeiras que migraram para o Chile para exercerem sua profissão.

A pesquisa e a descrição dessas experiências podem contribuir para o oferecimento de suporte às profissionais de enfermagem imigrantes. São essenciais, também, para as instituições de saúde que as recebem, para que planejem ações de acolhida e integração dos profissionais estrangeiros ao novo cenário de trabalho.

Está confirmada, portanto, a importância da necessidade premente de as enfermeiras imigrantes serem integradas ao novo ambiente cultural, até então desconhecido, e se adaptarem às normas, às crenças e aos valores que prevalecem no novo contexto social e de cuidado.

Metodologia

A pesquisa foi realizada segundo a abordagem qualitativa, com enfoque etnográfico, o que levou à revelação dos diversos símbolos culturais presentes na interação que os enfermeiros imigrantes estabelecem no decorrer da assistência de enfermagem, e as vivências de uma variedade de conflitos, que são revelados ao se conhecer suas experiências.

Foi desenvolvido o Modelo de Observação-Participação-Reflexão (OPR), proposto por Leininger⁽⁸⁾. O trabalho de coleta de dados foi iniciado com a fase de observação, e um registro das impressões foi feito em diário de campo que incluía aspectos da dinâmica, do relacionamento e do ambiente de trabalho dos enfermeiros imigrantes. Isso foi gradualmente substituído pela participação nas atividades diárias dos contextos culturais, na verdade facilitada pelo fato de o principal autor do estudo ser enfermeiro em uma das instituições estudadas e, também, imigrante no Chile.

Recorreu-se, aqui, à OPR de Leininger como referência metodológica, considerando sua natureza e sua aplicabilidade nesta pesquisa, que tem como objetivo a compreensão dos símbolos culturais que envolvem as práticas cotidianas de um grupo profissional.

O Modelo de Competência Cultural de Purnell foi o referencial teórico do presente estudo. A premissa desse referencial é que todos os profissionais de saúde precisam conhecer a cultura, a fim de fornecer um cuidado que seja competente do ponto de vista cultural⁽⁹⁾. Para Purnell, a consciência cultural se desenvolve dentro de um processo não linear que passa por etapas de adaptação cultural, desde o estágio da inconsciência em relação à incompetência para o desenvolvimento do cuidado; em seguida, os níveis de consciência quanto à incompetência, consciência quanto à competência, até chegar ao nível ideal de competência inconsciente para prestar assistência à saúde, de maneira condizente com as crenças e os valores culturais predominantes no novo contexto de cuidado⁽⁹⁾. Esse Modelo é flexível e aplicável a uma variedade de disciplinas e contextos profissionais e inclui aspectos individuais, familiares, da comunidade e da sociedade. Para sua aplicação, apresenta 12 domínios culturais relacionados: herança e visão geral, comunicação, função referente ao gênero e organização familiar, força de trabalho, diversidade biocultural, comportamento de alto risco, práticas de gravidez e de parto, rituais relativos à morte, práticas de cuidado à saúde e prestadores de cuidado à saúde. A Figura 1 sintetiza esses domínios.

As premissas de Purnell permitiram utilizar seu modelo conceitual ao estudo das experiências vividas por enfermeiras que migraram para um novo país para trabalhar.

O estudo foi realizado em dois contextos culturais, neste estudo foram denominados Hospital 1 e Hospital 2. O Hospital 1 é um dos maiores centros assistenciais do país e conta com o maior número de especialidades e subespecialidades médicas, atende a população da área sul de Santiago, fornece assistência a pessoas hospitalizadas, encaminhadas pelos ambulatórios, ou

a casos de emergência. O Hospital 2 é um hospital que não presta atendimento a casos de emergência, atende pacientes adultos portadores de patologias médicas, fornece assistência integral à saúde para os habitantes de sua área de abrangência, a sudeste da cidade de Santiago. Os dois hospitais pertencem à rede pública e estão localizados na capital do Chile.

Neste estudo, todas as enfermeiras estrangeiras contratadas nos dois hospitais foram incluídas. A coleta de dados no Hospital 1 ocorreu entre os meses de março e maio de 2010, e no Hospital 2, de junho a agosto do mesmo ano.

Os critérios de inclusão no estudo eram: enfermeira imigrante, com formação profissional realizada no país de origem, com pelo menos um ano de experiência profissional no Chile, vínculo de trabalho com um dos dois cenários culturais e disposição para participar do estudo. Foram convidadas para participar da pesquisa as 15 enfermeiras estrangeiras dos dois hospitais, e elas se tornaram informantes-chave da pesquisa⁽⁸⁾. Não houve nenhuma recusa quanto à participação neste estudo.

A abordagem das profissionais ocorreu no dia e na hora que tinham sido agendadas por telefone, ou pessoalmente, com cada enfermeiro. O pesquisador principal deu início à fase de observação ao chegar ao local de trabalho das enfermeiras. A princípio, observou-se que, no local de trabalho, as profissionais moviam-se constantemente do posto de enfermagem aos quartos dos pacientes e se relacionavam de forma agradável com seus colegas e outros membros da equipe assistencial presentes, como médicos e auxiliares.

A fase de observação foi desenvolvida durante todo o tempo de permanência do pesquisador, enquanto que a fase de participação foi feita em duas etapas. Na primeira, o pesquisador acompanhou as enfermeiras em suas atividades assistenciais. Nessa etapa, o pesquisador teve a impressão de que as profissionais sentiam que estavam sendo avaliadas enquanto justificavam cada uma de suas ações e/ou cada um de seus procedimentos. Quando o pesquisador principal já estava familiarizado com o contexto cultural e do trabalho, a segunda etapa da fase de participação teve início, e consistiu na colaboração em algumas atividades de enfermagem. Nessa fase, as entrevistas com os participantes do estudo foram iniciadas.

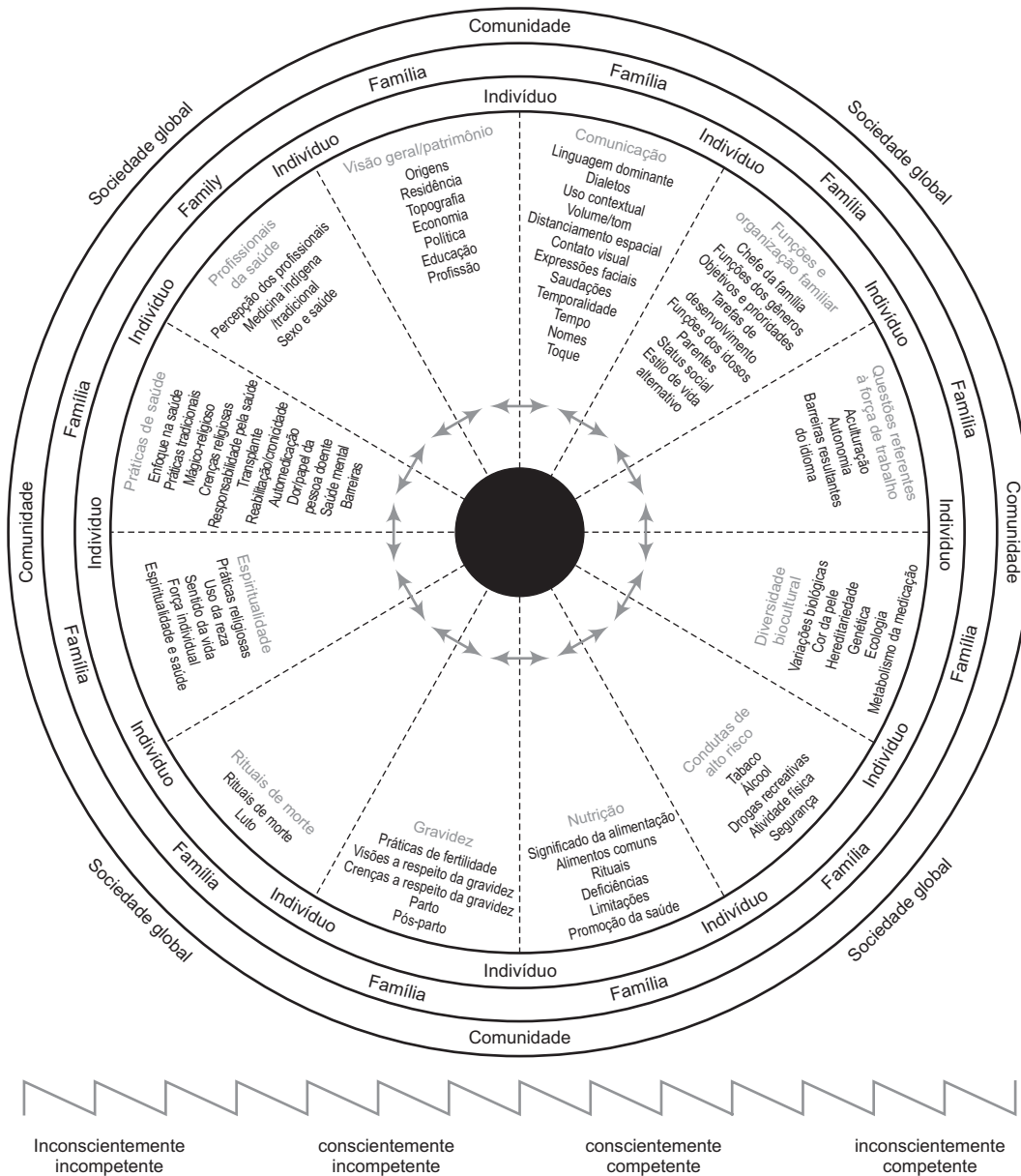
As entrevistas tiveram duração média de 68 minutos, período em que foram feitas perguntas descritivas, estruturais e de contraste⁽⁸⁾. Elas foram gravadas, ouvidas em sua integridade, transcritas e guardadas em um arquivo, para uso exclusivo do pesquisador principal. Os

dados obtidos foram complementados com as notas de campo que iam sendo registradas durante o processo de observação de campo⁽¹⁰⁾.

O estudo cumpriu os requisitos éticos⁽¹¹⁾ de pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade

Andrés Bello. Quando as dúvidas referentes à pesquisa foram esclarecidas, em ambos os hospitais, deu-se início à coleta de dados. As normas éticas foram previamente informadas e obedecidas; em vista disso, todas as profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Modelo de Purnell referente à competência cultural



Características primárias de cultura: nível de escolaridade, nível socioeconômico, profissão, situação militar, crenças políticas, residência urbana versus rural, enclave étnico, estado civil, situação de paternidade, características físicas, orientação sexual, questões de gênero e motivos para a migração (peregrino, imigrante, condição não documentada)

- Inconscientemente incompetente: não está ciente de que não possui conhecimento a respeito de outra cultura
- Conscientemente incompetente: está ciente de que não possui conhecimento a respeito de outra cultura
- Conscientemente competente: está aprendendo a respeito da cultura do cliente, verificando generalizações a respeito da cultura do cliente e proporcionando intervenções culturalmente específicas
- Inconscientemente competente: proporcionando cuidado culturalmente coerente com várias culturas sem a necessidade de um esforço consciente

Model created by Larry D. Purnell, PhD, RN, FAAN. Reprinted with permission.

Licença para uso da Figura concedida mediante registro de número: 337210054442

Figura 1 - Modelo de Purnell referente à Competência Cultural, 2002⁽⁹⁾

Os dados foram analisados pelo pesquisador principal e pelos demais autores deste artigo, conforme a proposta de Leininger. Os temas abordados pelas participantes foram agrupados nos domínios de Purnell envolvidos. O conjunto dos dados obtidos foi validado conforme previsto no método OPR⁽⁸⁾, com quatro das enfermeiras, duas de cada hospital. Para confirmar a fidedignidade dos dados produzidos, as informantes-chave foram requisitadas a colaborar. Elas confirmaram a veracidade dos temas culturais e respectivos componentes, que tinham sido elaborados pelos pesquisadores.

Os conteúdos dos temas culturais são apoiados e exemplificados por meio da apresentação de trechos de relatos extraídos dos depoimentos das enfermeiras, que

foram identificados mediante nomes fictícios e respectivos países de origem, através da abreviação oficial do país.

Resultados

As enfermeiras imigrantes eram jovens, originárias do Brasil (1), da Colômbia (7), do Equador (3) e do Uruguai (4), a cor da pele variava de clara a morena, a maioria vivia em união estável, eram profissionais que trabalhavam no país há menos de cinco anos, e apenas uma possuía curso de pós-graduação.

Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas e profissionais das enfermeiras imigrantes.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais das enfermeiras imigrantes no Chile. Santiago, Chile, 2010

Nome (fictício)	Idade (anos)	País de origem	Cor da pele	Estado civil	Tempo de atuação como profissional no Chile (anos)	Grau de escolaridade mais alto
Marían	28	Colômbia	Clara	Solteira	3	Licenciada
Melissa	27	Colômbia	Clara	Coabitante	3	Licenciada
Andrea	44	Brasil	Clara	Coabitante	1	Doutora
Berta	27	Colômbia	Clara	Coabitante	3	Licenciada
Lucía	28	Colômbia	Morena	Coabitante	3	Licenciada
Amanda	33	Equador	Morena	Casada	5	Licenciada
Cristina	42	Equador	Morena	Casada	12	Licenciada
Estela	24	Colômbia	Clara	Coabitante	3	Licenciada
Diana	27	Uruguai	Clara	Solteira	1	Licenciada
Isabel	28	Colômbia	Morena	Casada	1	Licenciada
Gladys	28	Uruguai	Clara	Solteira	1	Licenciada
Nieves	27	Uruguai	Clara	Solteira	1	Licenciada
Lorena	34	Uruguai	Clara	Solteira	2	Licenciada
Karen	32	Equador	Morena	Separada	7	Especialista
Íris	28	Colômbia	Clara	Solteira	4	Licenciada

Os seis domínios culturais do Modelo de Purnell, referentes à vivência das enfermeiras imigrantes no Chile, são: herança – visão geral, comunicação, função e organização familiar, força de trabalho, diversidade biocultural, práticas de assistência à saúde⁽⁹⁾; eles são agrupados em três temas culturais: “em busca de melhores oportunidades – a decisão de emigrar”, “ganhar confiança e estabelecer rede de apoio – inserção no mercado de trabalho e desempenho profissional” e “conquistar pessoas para ser aceitas – a adaptação ao trabalho em um novo cenário cultural”. As enfermeiras imigrantes fazem um grande esforço para superar as várias dificuldades, porque descobrem que as pessoas são diferentes. Para elas, isso significa tornarem-se conhecidas como pessoas, para serem respeitadas e respeitar.

A aproximação que as enfermeiras imigrantes mantêm com os pacientes tem sido fundamental para que elas sejam aceitas. Elas naturalmente adotam a

“estratégia” de ganhar o apoio dos pacientes, pois isso representa uma vantagem adicional ao seu processo de adaptação a uma cultura desconhecida.

Os tópicos culturais

Em busca de melhores oportunidades – a decisão de migrar para o Chile

A vida de muitas enfermeiras, os baixos salários, os recursos financeiros insuficientes para a aquisição de bens necessários para viver e a falta de emprego diante da grande demanda por enfermeiras formadas no país de origem são os principais motivos para a procura de trabalho no Chile. Também foram mencionados, como fatores a serem considerados na decisão de migrar, as aspirações quanto ao desenvolvimento profissional, associadas à melhoria nas condições e na qualidade de vida. A isso, somam-se as opções escassas e as grandes dificuldades de acesso à

especialização e ao desenvolvimento profissional. Todos esses aspectos servem como catalisadores na decisão a respeito da busca por melhores oportunidades para o desenvolvimento profissional.

A consciência da decisão de emigrar e suas razões, os conceitos de país, origem, residência, laços afetivos e situação econômica dizem respeito aos conceitos do domínio herança e visão geral de Purnell. Também são identificadas as dificuldades das enfermeiras com relação ao domínio força de trabalho, em termos de autonomia e função referente ao gênero.

O Uruguai que me deu formação, nenhum emprego (Lorena.UY). *A Colômbia está saturada, ganha-se apenas para sobreviver* (Berta.CO). *A qualidade de vida não era boa* (Estela.CO). [...] *aqui é mais bem remunerado e te abre muitas portas* (Maria.CO). [...] *you have the best opportunities* [...] (Melissa.CO).

Além disso, suas motivações para a busca de um novo estilo de vida e estabelecimento profissional, na expectativa de melhor qualidade de vida, que não tinham em seus países de origem, correspondem à busca por *status* social dentro da comunidade das enfermeiras. Nesse sentido, o domínio de Purnell – função referente ao gênero e organização familiar, se manifesta na determinação de emigrar relacionada ao gênero e de seu projeto de ser parte integrante de uma família, a fim de melhorar seu estilo de vida.

Ganhar confiança e estabelecer rede de apoio – inserção laboral e atuação profissional

As enfermeiras salientaram muitos aspectos que facilitam a inserção e o começo imediato das atividades laborais. Os fatores facilitadores foram: a homologação de seus diplomas, resultado dos acordos bilaterais de reconhecimento entre países da América do Sul, a falta de profissionais no Chile e o conhecimento de enfermeiras de seu país e que trabalhavam nos hospitais. Esse processo de mudança e estabelecimento das enfermeiras foi também caracterizado pelo auxílio de parente, amigo, namorado ou marido.

Essas variáveis do processo de inserção laboral das enfermeiras, ocupação e suas afeições são consistentes com os conceitos do domínio de Purnell herança e visão geral.

A documentação nos foi fornecida através de um acordo (María.CO). [...] *cheguei e comecei a trabalhar* (Melissa.CO). *Moro com amigas uruguaias* (Gladys.UY).

As enfermeiras imigrantes começaram a trabalhar imediatamente após sua chegada, em virtude da necessidade desse tipo de profissionais no Chile, e isso lhes causou grande insegurança. A equipe de enfermagem, nos dois hospitais, é formada por auxiliares

de enfermagem, enfermeiras clínicas, encarregadas e supervisoras. Os turnos do trabalho variam segundo os serviços. As enfermeiras estrangeiras são colocadas em diferentes turnos e setores do hospital, desenvolvendo atividades diretamente com os pacientes.

No Chile, a partir de 1997, a profissão de enfermeira foi reconhecida por lei, tendo três funções importantes: gestão do cuidado, execução de ações de acordo com o diagnóstico e tratamento médico. O Decreto do Ministério da Saúde nº 140, de 2004, estabelece o Regulamento Orgânico dos Serviços de Saúde em seu artigo 51, que prevê que a “gestão do cuidado” compreende as ações destinadas à promoção, manutenção e restauração da saúde, prevenção de doenças ou lesões, execução de atividades decorrentes do diagnóstico e tratamento médico e o dever de zelar pela melhor administração dos recursos de assistência ao paciente⁽¹²⁾.

Nesse sentido, durante a inserção laboral, as enfermeiras imigrantes sentem-se privilegiadas ao serem valorizadas como profissionais e respeitadas por seus colegas, pacientes e pela sociedade, como prestadoras de cuidado à saúde (domínio), em oposição a seus países de origem, onde dominava a falta de estímulo.

As semelhanças na formação profissional, em especial os aspectos técnicos do cuidado, facilitam o desenvolvimento de suas atividades profissionais. O grau de instrução também faz parte do domínio de Purnell herança e visão geral e é vivenciado de forma positiva pelas enfermeiras imigrantes.

[...] *é tudo muito parecido* [...] (Andrea.BR). *O cuidado é semelhante* [...] (Maria.CO). [...] *a experiência é muito valorizada, você pode progredir e se qualificar* (Estela.CO). [...] *o cuidado está de acordo com sua experiência e suas habilidades* [...] (Karen.EC). *Suas opiniões são respeitadas* [...] (Nieves.UY). *Somos reconhecidas pela sociedade* [...] (Berta.CO).

Elas assumem que estabelecer um contato pessoal mais estreito e carinhoso contribui para o estabelecimento de um bom relacionamento. Sentem que são respeitadas e bem recebidas pelos pacientes. Nas anotações de campo, foram registrados, durante o processo de cuidados de enfermagem, vários exemplos nos quais as enfermeiras se aproximavam dos pacientes de maneira cordial e eram correspondidas com respeito e gratidão. A postura mostrada pelos pacientes diante da cordialidade das enfermeiras imigrantes ajudou no bom desempenho profissional. Todos os aspectos que englobam os princípios de autonomia, aculturação, assimilação, funções referentes ao gênero e práticas de cuidado à saúde estão de acordo com o domínio de Purnell força de trabalho e são identificados por sua maneira carinhosa de tratar os pacientes.

A relação com os pacientes é boa (Andrea.BR). [...] somos amáveis e carinhosos com as pessoas [...] (Berta.CO). [...] os pacientes ficam agradecidos pela atenção [...] (Nieves.UY).

Elas conseguem conquistar a confiança dos pacientes de forma natural, estabelecendo uma rede de apoio em um contexto desconhecido.

Conquistar as pessoas para ser aceita – a adaptação ao trabalho em um novo cenário cultural

As enfermeiras imigrantes tiveram de superar algumas dificuldades para se estabelecerem no novo espaço cultural e profissional. Sua adaptação ao trabalho demanda que sua linguagem seja adequada, para que a comunicação se estabeleça de forma eficaz e para que possam trabalhar. Elas procuram a melhor maneira de fazer isso, a fim de serem aceitas no trabalho e evitar mal-entendidos.

Nesse processo, elas consideram de grande importância o fato de compreenderem e serem compreendidas, para terem desempenho profissional eficiente, atribuído à denominação adequada e específica, tanto em relação aos aspectos técnicos como aos aspectos administrativos do cuidado.

As diferenças semânticas, expressões idiomáticas, a troca do significado das palavras e dos nomes dos instrumentos utilizados pelas enfermeiras são apontados como obstáculos para o início do trabalho, porque dificultam a comunicação com os colegas locais, pacientes e demais integrantes da equipe de saúde.

A comunicação é um grande problema para as profissionais e, quando o contato não é feito pessoa a pessoa, elas se preparam da melhor forma possível para ganhar o respeito de suas colegas. Nesse sentido, foi observado e registrado que a enfermeira brasileira se preparava, pensava na maneira como deveria se comunicar, antes de falar ao telefone com suas colegas chilenas que prestavam outros serviços no hospital.

As dificuldades apresentadas para expressar seus pensamentos, suas ideias e seus sentimentos às colegas locais e aos outros profissionais da saúde ajustam-se ao domínio cultural do modelo de Purnell comunicação, no que diz respeito ao uso contextual do idioma e suas variações, como a comunicação não verbal.

[...] falam rápido com você (Lucía.CO). [...] não entendia nada [...] (Nieves.UY). [...] minhas palavras eram rudes (Diana.UY). [...] os procedimentos e instrumentos mudam [...] (Berta.CO). [...] tenho dúvidas quanto ao idioma para interagir com as enfermeiras (Andrea.BR).

As enfermeiras imigrantes sentem que as enfermeiras locais desconfiam de sua formação profissional, e elas têm que mostrar sua capacidade para poderem ser aceitas. As

diferenças quanto a algumas responsabilidades, relações distantes e classistas entre os membros da equipe de saúde e a dependência dos médicos são experiências frustrantes, que exigem das enfermeiras um esforço adicional para sua autoadaptação profissional. Elas fazem um grande esforço para se adaptarem ao novo cenário cultural de trabalho. A adaptação inclui superar as dificuldades inerentes ao exercício da profissão e suas barreiras culturais⁽¹⁾.

A diversificação das funções, para as enfermeiras imigrantes, se opõe ao cuidado, que fica relegado ao fazer-fazer, com a consequente perda da habilidade e do perfil profissional, ao mesmo tempo em que sentem que essas práticas violam as expectativas das pessoas que recebem o cuidado. Ser "enfermeira clínica" dificulta sua atuação e provoca insatisfação pessoal, pela perda do poder profissional que tinham em seu país de origem. Elas acham que a forma de administrar o cuidado afeta o paciente e sua família de maneira negativa e, conseqüentemente, os serviços na área da saúde. Essas experiências ocasionam o desgaste de sua autoestima, dificultando as relações profissionais e familiares. Também mencionam diferenças de responsabilidades em algumas das atividades do cuidado e a existência de uma relação de dependência com os médicos, ou práticas de cuidados à saúde diferentes daquelas vivenciadas em seus países de origem.

As características, como: provedoras do cuidado na área da saúde (domínio), suas práticas tradicionais, a responsabilidade individual referente à saúde, as práticas de saúde, os obstáculos no cuidado à saúde e a enfermidade constituem as crenças culturais dos domínios de Purnell.

O cuidado vai além dos procedimentos técnicos. A compreensão de como esse processo é vivenciado fornece fundamentos para incentivar a reflexão e a autonomia na tomada de decisões⁽¹³⁾.

Desconfiam dos enfermeiros estrangeiros por falta de conhecimento (Berta.CO). Veem com restrições; questionam o que você aprendeu [...] responsabilidades são relegadas; há classismo, pelo distanciamento entre as equipes (Maria.CO). [...] suas mãos ficam atadas, me sinto frustrada... (Lucia.CO). É complicado [...] (Lucia.CO). [...] é difícil me adaptar [...] (Cristina.EC). [...] com fazer-fazer a administração do cuidado é negligenciada e perde-se a capacidade de agir (Melissa.CO).

Entre os aspectos que dificultam a adaptação laboral das enfermeiras no Chile, são apontadas as experiências de rejeição, de relação profissional discutível e desigual com os colegas, assim como de vulnerabilidade pela falta de apoio, sensação de desamparo e solidão, de sobrecarga e estresse no trabalho, de discriminação e desconfiança,

experiências todas frustrantes para a adaptação ao novo ambiente de trabalho. Essas experiências afetam o relacionamento entre as pessoas no local de trabalho e transcendem para o âmbito familiar.

Algumas enfermeiras sentem que os comportamentos de rejeição e discriminação no local de trabalho, de maneira direta ou velada, como as relações entre os membros da equipe de saúde no Chile e as enfermeiras imigrantes, podem estar relacionados à cor da pele ou com as diferenças na estatura. O domínio diversidade biocultural inclui as variações étnicas e raciais observadas, como a cor da pele e as diferenças de estatura.

[...] sente-se o racismo, os comentários que viemos para tomar-lhes o trabalho; há rejeição (María.CO). [...] é outra cultura, você fica exposta ao descrédito e à discriminação (Isabel.CO). [...] são relutantes em relação aos estrangeiros; sou moreninha e pareço peruana [...] (Lucia.CO).

Portanto, com resignação, elas permaneciam em silêncio para não se envolverem além das questões relacionadas ao trabalho e para evitar a piora dos conflitos ao tentarem ser aceitas, o que significa conquistar a confiança do povo nativo.

[...] cria-se defesa, personalidade, vive-se com isso (Berta.CO). [...] trato de fazer meu trabalho e não me envolver (Karen.EC).

As enfermeiras salientaram que, para se estabelecerem no novo cenário cultural, tiveram de superar dificuldades como força de trabalho (domínio), em seu processo de autonomia, aculturação e assimilação, na busca pela aceitação de todos os membros da equipe de saúde, o que significa ganhar a sua confiança.

Discussão

As enfermeiras imigrantes no Chile revelam que, em seus países de origem, as oportunidades de trabalho são escassas, elas são mal remuneradas e as possibilidades de desenvolvimento profissional são mínimas.

A competência cultural nos processos identificados, referentes à decisão de emigrar, à inserção profissional e adaptação à nova cultura, por parte das enfermeiras imigrantes no Chile, é determinada pelos domínios herança e visão geral, comunicação, força de trabalho, função referente ao gênero e organização familiar, diversidade biocultural e provedores do cuidado na área da saúde⁽⁹⁾. Afirmando que a inserção laboral e seu desempenho profissional são dificultados por sua necessidade de adaptação à nova cultura e, ao mesmo tempo, ao novo cenário profissional. As diferenças na formação profissional, nas responsabilidades e na aceitação do relacionamento na gestão do cuidado levam

à perda da capacitação na área da enfermagem e criam incerteza nas enfermeiras imigrantes em relação ao novo cenário cultural.

Do mesmo modo, observa-se que a maior dificuldade se estabelece em relação às barreiras culturais, de comunicação, marginalização, na necessidade que as enfermeiras apresentam de demonstrar suas habilidades e em sua relação com as colegas⁽¹⁻³⁾, além de terem de conciliar suas diferentes funções com sentimentos de desenraizamento e com as exigências inerentes ao novo estilo de vida que as tornam mais vulneráveis. Além disso, algumas enfermeiras sentiram, por parte de suas colegas, descrédito e discriminação, o que reitera os resultados de pesquisas feitas na Austrália, Estados Unidos e Canadá⁽¹⁻³⁾. A adaptação inclui superar as dificuldades inerentes ao exercício da profissão e suas barreiras culturais^(3,14).

Segundo o Modelo de Purnell, as enfermeiras imigrantes no Chile começam a trabalhar nos hospitais em um estágio de consciência cultural inconscientemente incompetente, ao prestar assistência no âmbito do indivíduo, da família, da comunidade e da sociedade global do novo contexto de país. A chegada a uma nova cultura implica viver em constante tensão, em virtude do esforço contínuo para se adaptar e da sobrecarga para se ajustar a uma nova sociedade de forma consciente e voluntária. "Conquistar pessoas para ser aceito" foi o tema cultural central que surgiu com as enfermeiras imigrantes que vivem e trabalham no Chile. Simboliza, para elas, um grande desafio para suas vidas, pois não podem caminhar sozinhas, em virtude da necessidade de conciliar seus objetivos com as diferenças culturais do meio ambiente em que se desenvolvem, individual e profissionalmente, no novo país.

A competência cultural é o desenvolvimento de um processo consciente não linear, resultante da adaptação ao cuidado e à cultura. A consciência cultural tem início na fase inconscientemente incompetente, ao não estar ciente da necessidade de conhecimento a respeito da nova cultura, até chegar à fase ideal, inconscientemente competente, na qual o cuidado coerente com a cultura é proporcionado automaticamente⁽⁹⁾.

Internacionalmente, em resposta às demandas das enfermeiras, são propostos programas de intervenção que visam melhorar a competência das profissionais^(2,14-15). Em Ontário, há um centro de atendimento que proporciona treinamento e assistência às enfermeiras formadas no exterior⁽¹⁶⁾. Do mesmo modo, os países devem ajustar as políticas, a fim de melhorar as condições de trabalho das enfermeiras, desenvolvendo programas bilaterais referentes à administração das migrações⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Há a necessidade de reflexão teórica a respeito do ensino de enfermagem, a partir de avaliação relacionada ao mundo globalizado e às repercussões de seus paradigmas sobre o homem e, conseqüentemente, sobre o que foi aprendido pelo estudante de enfermagem, tornando válida a pertinência do uso de um modelo biopsicossocial, econômico e cultural que torne válido o cuidado dos indivíduos nos diferentes contextos⁽¹⁹⁾, englobando, nessa troca cultural, os profissionais de saúde.

A elaboração deve incluir a análise institucional, a psicodinâmica do trabalho e a teoria da ação comunicativa. Essas três áreas são possibilidades diferentes para considerar tanto a interação profissional/usuário como a interação entre os profissionais⁽²⁰⁾. Muitos esforços devem ser feitos no sentido de identificar as competências referentes à saúde global, uma vez que elas estão apenas em sua fase inicial⁽²¹⁾.

Considerações finais

Em geral, as enfermeiras imigrantes no Chile mostram-se satisfeitas com suas realizações, tanto profissionais quanto aquelas relacionadas a seus projetos, manifestando nível de conformidade com seus estilos de vida na realização de suas metas patrimoniais.

O processo de estabelecimento como enfermeira no novo país é caracterizado pela existência de facilidades e dificuldades. As facilidades principais consistiram na existência de oportunidades de emprego, com algumas semelhanças na formação profissional e no suporte por parte dos pacientes. As dificuldades foram em relação a aspectos culturais, na troca do significado das palavras e no uso de expressões idiomáticas, que geram dúvidas para compreender e serem compreendidas, bem como o difícil relacionamento com seus colegas, o desconhecimento das políticas de saúde e as novas responsabilidades na gestão do cuidado.

O profissional tem necessidade imperativa de integração no cenário cultural desconhecido, nas normas, crenças e nos diferentes valores do contexto social e do cuidado, com base no comportamento humano, na comunicação e nas relações interpessoais.

Segundo o Modelo de Purnell, as enfermeiras imigrantes no Chile começam a trabalhar nos hospitais em um estágio de consciência cultural inconscientemente incompetente, para prestar cuidado no âmbito do indivíduo, da família, da comunidade e da sociedade global do novo contexto de país. A chegada a uma nova cultura implica viver em constante tensão, em virtude do esforço contínuo para se adaptar, da sobrecarga para

se ajustar a uma nova sociedade de forma consciente e voluntária. "Conquistar pessoas para ser aceita" foi o tema cultural central que surgiu com as enfermeiras imigrantes que vivem e trabalham no Chile. Simboliza, para elas, um grande desafio em suas vidas, pois não podem caminhar sozinhas, em virtude da necessidade de conciliar seus objetivos com as diferenças culturais, individuais e profissionais, do meio ambiente em que atualmente vivem.

Faz-se necessária a reflexão direcionada à abordagem da transição da enfermeira imigrante no Chile para sua integração no trabalho. As instituições de saúde devem tomar decisões que promovam esses aspectos educacionais para todos os profissionais, a fim de que seja dada uma resposta apropriada, rápida e eficaz para a necessidade de seus serviços.

Essa pesquisa confirma a necessidade de se estabelecer um período de adaptação para as enfermeiras que chegam a um novo cenário sociocultural e profissional. Suas descobertas orientam as estratégias de políticas organizacionais de transição sociocultural no contexto laboral, dirigidas aos enfermeiros que chegam ao Chile, vindos de países da América do Sul. Acredita-se que este estudo, com base nas experiências de enfermeiras com perspectiva transcultural, contribua para o conhecimento do paradigma pós-moderno e das necessidades que os profissionais têm do desenvolvimento da qualidade do atendimento nos serviços de saúde no atual contexto de globalização.

Muitos esforços em todo o mundo têm sido feitos para definição das competências culturais dos estudantes de enfermagem que devem ser incorporadas aos currículos. É nesse sentido que o presente estudo pretende contribuir no caso das enfermeiras, para o conhecimento das necessidades dos profissionais de saúde no contexto da mobilidade entre países. Além disso, garante-se que os resultados desta pesquisa fornecem evidências para os órgãos internacionais, pesquisadores universitários, profissionais da saúde e de educação continuada das instituições.

Recomenda-se dar suporte aos profissionais durante o primeiro ano de sua permanência, com programas educacionais e intervenções destinadas à evolução de sua consciência cultural e melhoria em seu nível de competência.

Referências

1. Omeri A, Atkins K. Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: searching for meaning. *Int J Nurs Studies*. 2002;39:495-505.

2. Blythe J, Baumann A, Rhèaume A, McIntosh K. Nurse migration to Canada: pathways and pitfalls of the workforce. *J Transcult Nurs.* 2009; (20):202-10.
3. Hancock PK. Nurse migration: the impact on nursing education. *Int Nurs Rev.* 2008;55:258-64.
4. Malvárez SM, Muñoz González LA, Reyes Vidal A, Mandiola Muñoz E, Reyes Reyes C, Price Romero Y. Migración de Enfermeras de América Latina. Área de América de Sur. [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2011. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 60). [acesso 22 nov 2013]. Disponível em: www.paho.org/hq./index.php?..
5. Boelen C. Social accountability and excellence. *Educ Méd.* [Internet]. 2009 Dic [acesso 8 jul 2013]; 12(4):199-205. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000500001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132009000500001>
6. Rocha ESB, Nagliate P, Furlan CEB, Rocha K Jr, Trevizan MA, Mendes IAC. Knowledge management in health: a systematic literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20:392-400.
7. Trevizan MA, Mendes IAC, Mazzo A, Ventura CAA. Investment in nursing human assets: education and minds of the future. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18:467-71.
8. Leininger M. Culture care. A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs.* 2002;13:189-92.
9. Purnell LD. The Purnell's model for cultural competence. *J Transc Nurs.* 2002; 13:193-6.
10. Parfitt BA. Using Spradley: an ethnosemantic approach to research. *J Adv Nurs.* 1996;24:341-9.
11. Gaudlitz MH. Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. *Rev Chil Enf Respir.* [Internet]. 2008 [acesso 14 fev 2012]; 24(2):138-42. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482008000200008>
12. Milos P, Borquez B, y Larrain AI. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Cienc Enferm.* [Internet]. 2010 [acesso 18 fev 2013];16(1):17-29. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100003>
13. Seima MD, Michel T, Méier MJ, Wall ML, Lenardt MH. Scientific nursing production and Madeleine Leininger's theory: integrated review 1985-2011. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2011 [acesso 3 ago 2012]; 15(4): 851-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400027&lng=en. <http://dx>
14. Konno R. Support for overseas qualified nurses in adjusting to Australian nursing practice: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2006;(4):83-100.
15. McElmurry B, Solheim K, Kishi R, Coffia M, Woith W, Janepanish P. Ethics concerns. *Prof Nurs.* 22:226-35.
16. Pittman P, Aiken LH, Buchan J. International migration of nurses: introduction. *Health Serv Res.* 2007; 42(3 Pt 2):1275-80.
17. Malvárez S, Castrillón MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Segunda Parte. *Rev Enferm IMSS.* 2006;14:145-65.
18. Castrillón MC, Pensando en la formación de profesionales de enfermería en América Latina. *Invest Educ Enferm.* 2008;26(2 supl):114-21.
19. Scherer ZAP, Scherer EA. Reflections on nursing education in postmodernity and the metaphor of a theory-practice gap. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(3):498-501.
20. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Work and inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(1):19-26.
21. Wilson LL. Preparing nurses for global healthcare. [Editorial]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19:1279-8.

Recebido: 23.10.2012

Aceito: 21.1.2014