UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Departamento de Línguas Estrangeiras e Tradução
Curso de Graduação em Línguas Estrangeiras Aplicadas ao Multilinguismo e à Sociedade da Informação

ENTRE EMERGÊNCIAS, LÍNGUAS E FRONTEIRAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA MEDIAÇÃO SOCIOLINGUÍSTICA COMO FERRAMENTA DE CUIDADO

Brasília
2025

Zachary Abramowitz

Orientadora: Profa. Dra. Susana Martínez Martínez

ENTRE EMERGÊNCIAS, LÍNGUAS E FRONTEIRAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA MEDIAÇÃO SOCIOLINGUÍSTICA COMO FERRAMENTA DE CUIDADO

Artigo Científico – Relato de Experiência apresentado como parte das exigências para obtenção do título de Bacharel em Línguas Estrangeiras Aplicadas ao Multilinguismo e à Sociedade da Informação do Departamento de Línguas Estrangeiras e Tradução da Universidade de Brasília (UnB).

Brasília

2025

Dedico este trabalho à memória que atravessa o tempo sem se deixar consumir por ele. Àquilo que sobreviveu à dispersão, ao silêncio e às rupturas, permanecendo inscrito não apenas na história, mas na palavra transmitida, no nome preservado e no gesto repetido. Que este estudo seja um pequeno ato de bênção sobre o que foi lembrado, uma forma de guardar o que resistiu e de honrar aquilo que jamais se perdeu por completo.

Dedico-o, igualmente, à Professora María del Mar Paramos Cebey, que partiu tão repentinamente, cuja presença breve foi suficiente para deixar marcas duradouras. Sua escuta atenta, sua leitura generosa e sua palavra justa seguem acompanhando este trabalho para além de sua ausência. Que sua memória permaneça como luz serena neste caminho, e que sua contribuição continue a ecoar onde o conhecimento encontra humanidade.

Há memórias que não pedem voz para existir; permanecem porque foram guardadas.

Zachary Abramowitz.

Zachary Abramowitz

Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil.

Curso de Graduação Bacharelado em Línguas Estrangeiras Aplicadas ao Multilinguismo e à Sociedade da Informação.

E-mail: abramowitz.zach@gmail.com

ORCID: 0009-0006-4740-0257

RESUMO

Este artigo apresenta um relato de experiência baseado em uma missão humanitária como profissional da saúde realizada entre novembro de 2023 e janeiro de 2024 em um campo de refugiados palestinos situado em zona de conflito ativo na Faixa de Gaza. A partir de uma abordagem qualitativa sustentada na observação participante, o estudo examina os desafios linguísticos, culturais e operacionais enfrentados na prática do cuidado em um ambiente multilíngue, instável e marcado por tensões geopolíticas. O foco recai sobre o papel do profissional da saúde assumindo um papel inesperado de mediador sociolinguístico e agente de cuidado transcultural em situações críticas, sem conhecimento prévio de mediação profissional. Os episódios analisados evidenciam a centralidade da comunicação multilíngue, da competência transcultural e do cuidado como prática ética e política de resistência frente à fragilidade da neutralidade humanitária. A articulação entre a experiência empírica e os referenciais teóricos permite construir uma reflexão ancorada, de caráter pragmático, com potencial de transposição para contextos semelhantes. Nesse sentido, o presente relato não busca esgotar a complexidade do fenômeno, mas destacar tensões estruturais enfrentadas por profissionais de saúde em cenários multilíngues e conflituosos, contribuindo para a formulação de diretrizes de formação, preparação e proteção mais eficazes. Conclui-se pela urgência de integrar, à formação em saúde e em línguas estrangeiras aplicadas, componentes estruturais voltados à mediação sociolinguística, interpretação transcultural e comunicação ética em contextos de crise, reconhecendo os limites do modelo biomédico convencional e reafirmando a centralidade da linguagem, da escuta e da dignidade humana no ato de cuidar.

Palavras-chave: enfermagem humanitária; mediação linguística; conflito armado; comunicação em saúde; ética do cuidado.

Zachary Abramowitz

University of Brasília (UnB), Brasília, DF, Brazil.

Undergraduate Bachelor's Degree in Applied Foreign Languages for Multilingualism and the Information Society.

E-mail: abramowitz.zach@gmail.com

ORCID: 0009-0006-4740-0257

ABSTRACT

This article presents an experiential report based on a humanitarian mission carried out by a healthcare professional between November 2023 and January 2024 in a Palestinian refugee camp located in an active conflict zone within the Gaza Strip. Employing a qualitative approach grounded in participant observation, the study investigates the linguistic, cultural, and operational challenges encountered in the delivery of care within a multilingual, unstable, and geopolitically tense environment. Emphasis is placed on the healthcare provider's emergent role as an untrained sociolinguistic mediator and transcultural care agent in high-stakes situations. The analyzed episodes underscore the centrality of multilingual communication, transcultural competence, and care as ethical and political acts of resistance in the face of humanitarian neutrality's fragility. The articulation between empirical experience and theoretical frameworks facilitates a grounded, pragmatically oriented reflection, with potential applicability to analogous contexts. Rather than attempting to exhaust the complexity of the phenomenon, this report aims to highlight the structural tensions confronted by health professionals operating in conflict-ridden, linguistically diverse scenarios, thereby contributing to the formulation of more effective training, preparedness, and protection protocols. The study concludes by emphasizing the urgent need to incorporate structural components related to sociolinguistic mediation, transcultural interpretation, and ethical communication in crisis contexts into health education and applied foreign language curricula, recognizing the limitations of the conventional biomedical model and reaffirming the centrality of language, listening, and human dignity in the act of care.

Keywords: humanitarian nursing; linguistic mediation; armed conflict; multilingualism; health communication; ethics of care.

1. INTRODUÇÃO

A realização da prática profissional assistencialista na saúde em cenários de conflitos armados, representa um dos desafios humanitários mais complexos e exigentes do nosso tempo. Quando a violência irrompe entre populações civis, os profissionais da saúde se tornam as primeiras testemunhas do sofrimento humano e, muitas vezes, o único meio de alívio imediato de uma dor ou um trauma. Essa realidade é manifestada de forma aguda nos campos de refugiados resultantes de confrontos diretos, como na Faixa de Gaza. Neste contexto de emergência prolongada, equipes internacionais de assistência, muitas vezes compostas por profissionais que não falam os idiomas do país onde são enviados, foram mobilizadas para atender às necessidades médicas imediatas. Assim, o acesso à assistência médica pode enfrentar barreiras linguísticas e culturais arraigadas, que dificultam a comunicação entre cuidadores e pacientes (Mendonça *et al*., 2011).

Nesses espaços marcados por tensões, fragmentações identitárias e mobilidade forçada, o papel do profissional de saúde ultrapassa a execução de procedimentos técnicos e passa a incorporar uma missão ética, linguística e transcultural. Contextos de guerra tornam-se particularmente desafiadores porque expõem, de maneira direta, os limites e os paradoxos da intervenção humanitária em territórios onde a neutralidade médica é frequentemente tensionada e colocada em questão.

Como profissionais de saúde que atuam neste cenário de conflito, enfrentamos uma infinidade de obstáculos: a urgência do atendimento, a instabilidade do terreno, a constante exposição ao perigo, mas, acima de tudo, a frequente incapacidade de entender e ser compreendido pelos pacientes. Essa distância linguística trouxe à tona a necessidade urgente da prática multilíngue, como condição *sine qua non* para a dignidade e a eficácia do atendimento.

Nas operações de socorro realizadas nos campos da Faixa de Gaza, no período de novembro de 2023 a janeiro de 2024, a complexidade das interações entre profissionais de saúde e pacientes de distintas matrizes culturais foi acentuada pela profunda heterogeneidade linguística que atravessava o campo, produzindo barreiras comunicativas que impactavam diretamente a prática do cuidado.

O inglês, embora utilizado como língua franca na maioria das missões humanitárias internacionais, frequentemente se mostra insuficiente para estabelecer uma comunicação terapêutica plenamente empática e culturalmente apropriada. Essa limitação é particularmente

evidente em interações que envolvem dor, emoções ou valores familiares, onde a sutileza linguística e a sensibilidade contextual são essenciais para evitar mal-entendidos ou recusa de cuidado. Segundo Araújo (2021), reduzir o cuidado a uma língua não dominada pelo paciente enfraquece a relação de confiança e aumenta o risco de rupturas na jornada terapêutica.

Assim, profissionais de saúde com competência linguística além da língua materna tornam-se mediadores linguísticos involuntários, que precisam mediar entre línguas locais, como árabe ou hebraico, e línguas de origem europeu, como inglês ou francês. Esse papel, embora não formalizado, exige constantes ajustes, tanto linguísticos quanto culturais, e expõe o cuidador a sobrecarga cognitiva e emocional (Araújo, 2021; Ramos, 2016).

A tradução e a interpretação em um contexto de crise não podem ser reduzidas a simples dispositivos técnicos de transmissão linguística. Constituem práticas essenciais de mediação transcultural, moldando a própria experiência do cuidado e condicionando a qualidade do diagnóstico, a compreensão terapêutica, bem como o respeito pela dignidade e autonomia do e da paciente. Esse papel central confere ao ato de traduzir um valor ético e clínico, pois permite a criação de um espaço de reconhecimento mútuo entre profissionais e beneficiários, muitas vezes de origens culturais divergentes (Carvalho; Zerbeto; Chun, 2022; Costa, 2020; Karine; Valente, 2024).

Em ambiente de conflito, a identidade profissional se dilui em uma complexa teia de exigências técnicas, éticas e relacionais. O profissional de saúde não trata apenas de lesões físicas: ele também aborda a dor do desenraizamento, ou seja, o profundo sofrimento causado por ser brutalmente arrancado de sua terra, de seu lugar de origem, de sua comunidade, consequência direta da guerra, do conflito e do deslocamento forçado. Ele também enfrenta o medo do desconhecido e, às vezes, o silêncio de um trauma indizível. Essa postura implica uma compreensão apurada dos códigos culturais específicos de cada grupo, bem como uma leitura sutil dos referentes simbólicos próprios que o local apresenta, tornando o cuidado eminentemente contextualizado (Oliveira, 2018; Guerra, 2021). Assim, o gesto clínico é acompanhado de um compromisso hermenêutico e imparcial, em que a linguagem, verbal e não verbal, é uma ferramenta de cuidado tão fundamental quanto o estetoscópio ou a seringa.

O conflito armado na Faixa de Gaza, que eclodiu em 7 de outubro de 2023, após o ataque surpresa conduzido por forças terroristas contra Israel em um dia de descanso religioso, simultaneamente Shabat e a festividade judaica de Simchat Torá, produziu repercussões humanitárias profundas e assimetricamente prejudiciais para as populações civis de ambos os lados do conflito. A escalada de violência subsequente, marcada por agressões físicas,

psicológicas, religiosa, tecnológicas e simbólicas, evidenciou a vulnerabilidade das infraestruturas médicas e humanitárias tanto em Gaza quanto em Israel diante de uma guerra de alta intensidade, representando grandes desafios ao cumprimento do Direito Internacional Humanitário (Dannenbaum; Dill, 2024).

Pesquisas de Kapshuk (2024) destacam que violações cometidas por ambos os lados do conflito impactaram severamente a saúde mental, a segurança alimentar e o acesso à assistência médica das populações civis presas em zonas de hostilidade contínua. Tanto as comunidades israelenses expostas a ataques de foguetes (incluindo mulheres vítimas de estupros e outras formas de violência extrema durante os ataques no dia 07 de outubro de 2023), quanto os moradores de Gaza, submetidos a cercos prolongados e a restrições severas de circulação (medidas justificadas por Israel como mecanismos de contenção ao transporte de armamentos destinados ao grupo terrorista Hamas), experimentam uma deterioração aguda de seu bem-estar físico e psicológico. Esse quadro é agravado pela incerteza permanente e pela crescente fragmentação do espaço humanitário, conforme já problematizado por Seth (2011).

Assim sendo, é possível dizer que as limitações dos protocolos padronizados de atendimento tornaram-se flagrantemente evidentes, especialmente dada a diversidade linguística, cultural e religiosa das populações deslocadas, tanto palestinas quanto israelenses. Os idiomas mais comumente encontrados eram o árabe, o hebraico, o inglês e, em alguns casos, o francês. Essa pluralidade complica consideravelmente as trocas clínicas em um ambiente já instável.

Ser percebido como alguém que fala hebraico ou árabe, dependendo da hora e do lugar, pode influenciar o nível de confiança concedido pelos pacientes, ou até mesmo expor o profissional a riscos de represálias ou suspeitas políticas (Carvalho; Zerbeto; Chun, 2022; Guerra, 2021). A linguagem, nesses contextos, não é neutra: ela é carregada de histórias, memórias coletivas e estigmas sociais (Pinto; Luíza, 2023). Portanto, o uso de uma língua em vez de outra pode trazer apaziguamento ou, ao contrário, reavivar tensões ocultas.

Diante desse desafio, parece essencial considerar a linguagem não apenas como um vetor de comunicação, mas como uma ferramenta de diplomacia da saúde. O enfermeiro ou profissional da saúde de forma geral, neste caso, ao traduzir ou interpretar, assume o lugar de um intercessor simbólico entre dois mundos muitas vezes herméticos. Deste modo, um intercessor simbólico é aqui utilizado como um mediador entre universos culturais, religiosos e linguísticos, por vezes antagônicos. Sua intervenção não se limita a traduzir palavras, mas a

tornar possível um encontro humano onde a guerra erigiu fronteiras invisíveis (Helman, 2015; Keller; Silva, 2021).

Do ponto de vista operacional, as instalações de saúde nos campos são frequentemente improvisadas, mal equipadas e sujeitas a cortes frequentes de energia ou acesso de segurança limitado. De tal modo, toda interação com o paciente deve ser otimizada, o que confere à linguagem um papel estratégico. Quanto mais clara e culturalmente apropriada for a mensagem, mais rápidas e precisas serão as intervenções de saúde. Isso está de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que enfatiza a importância de uma abordagem centrada no paciente, mesmo em ambientes de crise (OMS, 2020).

Além disso, a exposição prolongada à violência, ao sofrimento e à precariedade extrema causa exaustão emocional cumulativa, às vezes silenciosa, entre os profissionais de saúde. Estes, de forma geral, tornam-se testemunhas diárias de injustiças e perdas irreparáveis, sem sempre terem acesso a espaços para falar ou apoio psicológico adequado. Nos depoimentos recolhidos durante os meses de novembro de 2023 a janeiro de 2024, 20 colegas mencionaram episódios de dissociação, distúrbios do sono ou culpa moral, ligados à impossibilidade de ajudar todos aqueles que solicitaram assistência. Essas manifestações são consistentes com o que a literatura chama de “fadiga da compaixão” (Jilou, *et al.,* 2021).

Os ambientes extremos, a neutralidade humanitária também é posta à prova. O profissional muitas vezes se vê na posição de ter que tratar tanto vítimas civis quanto combatentes, ou mesmo membros de grupos considerados inimigos. Esse dilema, embora legalmente enquadrado pelas Convenções de Genebra, esbarra em fortes reações emocionais e pressões locais. Manter uma postura ética e imparcial exige não apenas sólidos referenciais profissionais, mas também rara resiliência moral (CICV, 2020). É nessa tensão entre imparcialidade humanitária e carga emocional que o significado profundo do cuidado é redefinido a cada dia.

À luz dessas descobertas, é fundamental repensar os sistemas de treinamento para profissionais da saúde envolvidos em missões internacionais. As habilidades linguísticas não podem mais ser vistas como ativos secundários ou opcionais, mas como habilidades essenciais para a prática humanitária. Como Jilou *et al.* (2021) apontam, os profissionais de saúde expostos a ambientes extremos devem mobilizar estratégias de regulação emocional e resiliência para prevenir a exaustão psicológica e manter a qualidade ética e relacional do cuidado, pois não se trata mais somente de cuidar de corpos feridos, mas também de reconstruir simbolicamente territórios relacionais fragilizados pela guerra.

Assim sendo, este trabalho de campo, informado pelas realidades vivenciadas entre novembro de 2023 e janeiro de 2024, visa lançar luz sobre as tensões, os desafios e as riquezas da prática de saúde e interpretação linguística em um contexto de guerra. Mais do que um depoimento, é um relato de experiência dentro de uma perspectiva analítica, onde observação, reflexão e comprometimento profissional se cruzam. Ao documentar os obstáculos encontrados, as soluções improvisadas e os recursos mobilizados no terreno, este texto contribui para uma compreensão mais ampla do cuidado como um ato comunicativo, situado num espaço-tempo de crise. O humanitarismo não é idealizado, mas confrontado com sua dimensão mais crua: a da complexidade humana.

Esta história também pretende ser um apelo à transformação dos paradigmas atuais de ação humanitária, que ainda estão muito ancorados em modelos ocidentais e, às vezes, inadequados à dinâmica cultural do Oriente Médio. Por meio da análise de experiências vividas em campos de refugiados afetados pelo conflito na Faixa de Gaza, propomos abrir um debate sobre os limites do modelo biomédico padronizado em emergências multilíngues e sobre a necessidade de cuidados corporificados, linguisticamente sensíveis e culturalmente conscientes. O caminho que se abre nas seções seguintes persegue essa intenção: desvendar os métodos, contextos e experiências de uma prática de saúde onde a fala se torna cuidado, e a compreensão mútua, um ato de resistência à fragmentação imposta pela guerra ou conflito.

Destarte, este trabalho se justifica pela necessidade urgente de documentar, analisar e compreender os efeitos da barreira linguística na prática da enfermagem humanitária. Ele destaca uma dimensão pouco explorada da intervenção humanitária: a competência multilíngue como condição essencial para um atendimento ético, eficaz e culturalmente sensível em ambientes hostis.

Delimitou-se como objetivo geral deste trabalho analisar, com base na experiência de campo, as questões linguísticas, culturais e operacionais vinculadas à prática da saúde humanitária em campos de refugiados afetados pelo conflito na Faixa de Gaza, com ênfase no papel do profissional da saúde como mediador linguístico. E como objetivos específicos, definiu-se: descrever os desafios enfrentados pelos enfermeiros na comunicação com pacientes que falam árabe ou hebraico em situações de conflito; ilustrar, por meio de histórias de campo, o impacto da mediação linguística na qualidade do atendimento, e refletir sobre as implicações éticas do cuidado em um contexto multilíngue sob tensão.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a análise conduzida neste trabalho não se limita às dimensões biomédicas ou às práticas de saúde, mas está plenamente alinhada ao

campo das Línguas Estrangeiras Aplicadas (LEA), desenvolvido na Universidade de Brasília. De fato, situações de comunicação em cenários humanitários multilíngues exigem habilidades linguísticas, interculturais e ético-profissionais complexas. A presença de interações assimétricas, frequentemente exacerbadas por dinâmicas de poder e precariedade, coloca os profissionais de saúde em uma posição em que a mediação linguística se torna uma habilidade estratégica tanto quanto um ato político (Farini, 2013).

As abordagens de LEA ofereceram, portanto, um arcabouço teórico e prático particularmente adequado para considerar os desafios da comunicação em situações de crise. Esse campo interdisciplinar não apenas nos permite desconstruir barreiras linguísticas, mas também compreender os códigos culturais implícitos, os registros simbólicos e as lógicas institucionais que influenciam o acesso ao cuidado e a negociação de identidades no espaço médico (Radicioni, 2020). Integrar essa leitura linguística e intercultural enriquece consideravelmente a análise dos campos humanitários e nos lembra que as línguas não são apenas ferramentas de tradução, mas também vetores de dignidade, reconhecimento e justiça social, ainda que necessite de atualizações curriculares (Moser-Mercer, 2021).

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho baseia-se numa metodologia qualitativa, do tipo relato de experiência, ancorada na observação participante e na memória profissional. Como enfermeiro, procura-se neste trabalho mobilizar as próprias experiências vividas em campo, reflexões éticas e interações linguísticas em situações reais. Essa abordagem metodológica oferece acesso privilegiado à dinâmica complexa e mutável do campo, muitas vezes difícil de compreender usando ferramentas de análise estatística ou protocolos padronizados. Permite captar dimensões vividas, subjetivas e contextuais, essenciais para a compreensão das realidades do cuidado em situações de crise, em que os métodos quantitativos revelam seus limites (Turato, 2003).

Para essa perspectiva, a narrativa experiencial se torna uma ferramenta investigativa por si só, capaz de revelar dimensões tácitas do cuidado, muitas vezes invisíveis na pesquisa quantitativa. A mobilização da observação participante não é apenas um método de registro de fatos, mas um processo de construção de significados com os atores do campo, principalmente em contextos de extrema vulnerabilidade. Essa imersão promove uma compreensão incorporada das questões linguísticas, éticas e relacionais que permeiam a prática do profissional de saúde humanitário. Destarte, a subjetividade é aqui assumida como uma força heurística, capaz de fazer emergir nuances essenciais sobre a realidade do cuidado em contexto de guerra (Turato, 2003; Minayo, 2014).

Este trabalho mobiliza referenciais teóricos da saúde global, da comunicação intercultural no cuidado e da interpretação médica em situações de crise. As análises de Müller, Lima e Ortega (2023) sobre o cuidado culturalmente sensível, as reflexões de Carvalho, Zerbeto e Chun (2022) sobre a vulnerabilidade comunicativa no contexto do cuidado, bem como os princípios éticos formulados pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV, 2020) oferecem marcos essenciais para a compreensão das articulações complexas entre linguagem, poder, cultura e práticas de saúde em zonas de conflito.

Como parte desta pesquisa, a prática da interpretação linguística foi observada e vivenciada como elemento fundamental do trabalho de campo. Segundo Ramos (2016, p. 290), "o papel do intérprete é também reconstruir o contexto do discurso, para que a mensagem seja compreendida em sua totalidade, e não apenas em sua forma linguística". Essa perspectiva encontra eco no trabalho de Farini (2024), que enfatiza que o intérprete em ambientes de saúde

atua como um mediador transcultural, influenciando ativamente a maneira como os pacientes migrantes podem expressar sua voz nas interações médicas (Farini, 2024).

Desta forma, podemos dizer que as desigualdades linguísticas e simbólicas não constituem simples obstáculos comunicacionais, mas sim fatores estruturais que modulam o acesso ao cuidado e a qualidade da relação terapêutica, particularmente em contextos multilíngues, precários e marcados pela violência (Lundin *et al.*, 2015; Lesch, 2020). Em outras palavras, a presença ou ausência de um sistema interpretativo adequado contribui diretamente para a construção de uma medicina relacional ou, ao contrário, para a perpetuação de um modelo biomédico desencarnado.

Assim, a abordagem adotada é, portanto, descritiva, reflexiva e analítica, buscando identificar elementos concretos para melhorar a prática de saúde em um contexto multilíngue. A dimensão multilíngue, longe de ser um simples obstáculo à comunicação, revela-se constitutiva de relações de poder, confiança e adesão aos cuidados. A análise cruzada entre dados empíricos e estruturas teóricas permite identificar caminhos para uma prática mais sensível às barreiras linguísticas. Essa postura crítica é essencial para pensar a ação humanitária como espaço de escuta plural e transcultural, para além de protocolos técnicos.

Do ponto de vista ético, embora este relato seja baseado em experiências pessoais em campo, todas as precauções foram tomadas para garantir a confidencialidade dos pacientes, colegas e instituições envolvidas. Para tanto, nomes próprios, características identificáveis, idades, locais específicos e certas condições clínicas foram modificados ou omitidos. Os relatos foram reconstruídos para preservar o significado da experiência sem expor a identidade dos indivíduos envolvidos. Quando necessário, elementos contextuais foram deliberadamente generalizados para respeitar os princípios éticos de discrição e não colocar em risco a saúde. As situações descritas foram parcialmente modificadas para evitar qualquer identificação, mantendo a veracidade da dinâmica profissional observada. Essa preocupação com a discrição é consistente com os princípios de ética na pesquisa qualitativa em saúde (Turato, 2003), particularmente em ambientes de conflito, na qual a menor informação sensível pode levar a sérias repercussões. O trabalho foi conduzido de acordo com o princípio da neutralidade humanitária, sem filiação política ou ideológica.

Por fim, é importante reconhecer certos aspectos contextuais que emolduram os resultados desta pesquisa. Turato (2003) e Minayo (2014) destacam que a perspectiva subjetiva do observador, longe de ser uma limitação, constitui aqui uma abordagem heurística assumida, característica dos métodos qualitativos em saúde. A especificidade do campo, tanto geográfica

quanto sociopolítica, implica que as lições aprendidas não podem ser generalizadas para outros contextos sem ajustes.

A articulação entre a experiência de campo e os referenciais teóricos permite, portanto, produzir uma reflexão fundamentada e pragmática que pode ser transferida para outros contextos semelhantes. Assim, a história proposta não pretende ser exaustiva, mas sim destacar as principais tensões vivenciadas por profissionais de saúde em ambientes multilíngues e conflituosos, na esperança de abrir caminhos para o treinamento, preparação e proteção de profissionais de saúde em futuras missões humanitárias.

3. VIVÊNCIAS DE CAMPO ENTRE O CUIDADO, O CONFLITO E A INTERPRETAÇÃO: DESAFIOS, DILEMAS E NARRATIVAS DO CUIDAR

Antes de iniciar este relato de experiência, me encontro na necessidade clara de evidenciar que a minha prática profissional e o juramento que realizei ao longo do meu curso de Enfermagem, traz à tona a necessidade de exercer a profissão de saúde com a imparcialidade e com o princípio da equidade (tratar o diferente com diferença). Assim, a prática da profissão médico-humanitária independe de qualquer opinião política, ideológica ou pessoal, tal como este trabalho, devo-me manter imparcial e relatar apenas a minha experiência profissional. Desta forma, fica livre o exercício de opinião de acordo com o relato que aqui escrevo.

Desde o início da missão, durante a fase de preparação, no final de novembro de 2023, desde as primeiras horas em campo, uma realidade se tornou clara: quase todos os pacientes se comunicavam em árabe. Pouquíssimas pessoas entendiam inglês ou outras línguas dos voluntários. A equipe médica multidisciplinar, profissionais de saúde de diferentes áreas (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, cirurgiões, dentistas etc.), era composta principalmente por falantes de línguas europeias, como francês, espanhol, inglês, alemão e português.

Esse multilinguismo profissional, diante da homogeneidade linguística local centrada no árabe, gerou um déficit crítico de comunicação, comprometendo a qualidade das interações terapêuticas desde o início. Lembro-me que, nos primeiros dias de atuação, durante a triagem inicial, uma mulher idosa chegou com quadro de hipertensão grave. Sua ansiedade era palpável, mas a ausência de um mediador linguístico nos obrigou a recorrer a gestos, desenhos e palavras árabes aproximadas aprendidas no trabalho e nos primeiros dias de treinamento. Este momento, por mais banal que pareça, revelou até que ponto a linguagem neste caso, ou em outros, pode se tornar uma ferramenta de sobrevivência clínica aliada à prática profissional.

No dia seguinte, uma colega enfermeira egípcia, que não estava presente no atendimento do dia anterior, conseguiu traduzir fluentemente do árabe para o inglês, transformando a dinâmica do posto de enfermagem em algo mais tangível. Em apenas algumas horas, ela se tornou o pivô linguístico e relacional da equipe. Graças a ela, os diagnósticos se tornaram mais precisos, os cuidados foram mais bem aceitos e a tensão ambiental diminuiu no início. Esse papel espontâneo de intérprete, embora útil, também o expôs a uma sobrecarga emocional, pois ela era constantemente requisitada, às vezes inclusive em seu horário de descanso.

Essa situação reflete o que Carvalho, Zerbeto e Chun (2022) identificam como uma dupla vulnerabilidade: a do cuidador e a do intérprete, unidas numa mesma figura híbrida,

muitas vezes não reconhecida institucionalmente e carente de formação especializada. Essa configuração expõe o profissional a maiores tensões éticas e emocionais, principalmente quando se precisa preencher lacunas estruturais na mediação da linguagem, ao mesmo tempo em que assume responsabilidades clínicas críticas.

É notório reconhecer que, em contextos multilíngues não mediados por intérpretes profissionais, o cuidado se torna particularmente vulnerável a erros clínicos e à ruptura do vínculo terapêutico, ainda que o corpo demonstre os sinais clínicos de urgência. Essa ruptura refere-se à incapacidade de estabelecer uma relação de confiança, empatia e continuidade entre o paciente e o cuidador, frequentemente prejudicada por mal-entendidos linguísticos ou culturais que comprometem a adesão ao tratamento, a continuidade do cuidado e a expressão das necessidades subjetivas do paciente (Farini, 2024).

A dependência de tradutores ou intérpretes não oficiais, frequentemente outros refugiados, pessoal de logística ou voluntários não treinados, cria vários riscos importantes, como por exemplo:

a. **Falta de precisão**: Termos médicos como "febre intermitente" podem ser simplificados para "quente", ou dosagens podem ser mal interpretadas, prejudicando decisões clínicas (Lesch, 2020).
b. **Falta de neutralidade**: Um intérprete não treinado pode introduzir julgamentos pessoais, optar por não traduzir certas declarações consideradas "vergonhosas" (como violência sexual ou sintomas psiquiátricos) ou favorecer um interlocutor com base em suas próprias afiliações culturais ou religiosas.
c. **Violação de confidencialidade**: Informações sensíveis, como o estado sorológico para o HIV ou uma gravidez não revelada, podem ser divulgadas na comunidade local, expondo os pacientes a estigma ou violência (Radicioni, 2020).

Um exemplo crítico de consequências clínicas é a não notificação de alergias a medicamentos, particularmente a antibióticos como a penicilina. Quando uma alergia não é identificada corretamente, devido à falta de interpretação confiável ou de uma linguagem comum, pode resultar na administração de um medicamento perigoso ao paciente, com efeitos que variam de urticária grave a choque anafilático com risco de vida. Esse tipo de omissão, portanto, não é apenas evitável, mas também inaceitável do ponto de vista ético e médico (Hadziabdic *et al*., 2015).

Outra questão que pode ser levantada, e que ecoa como preocupação, é a necessidade de que a tradução médica, para ser ética, também deve ser contextualizada em termos de gênero, poder e segurança psicológica (Turato, 2003). O papel do profissional da saúde vai muito além dos atos técnicos: ele ou ela se torna o guardião do espaço ético, responsável por garantir que toda a vida humana seja acolhida e tratada com o mesmo respeito, independentemente de sua origem linguística, cultural ou nacional (Radicioni, 2020).

Outro grande desafio encontrado em campo foi a incompatibilidade entre as realidades locais e os protocolos clínicos padronizados recomendados por organizações humanitárias internacionais, como Médicos Sem Fronteiras (MSF), o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Análises críticas dessas diretrizes, como as conduzidas por Farmer (2013), Abimbola (2019) e Ticktin (2011), já destacaram as limitações de sua aplicabilidade em contextos multiculturais e multilíngues, particularmente devido à sua ancoragem em modelos biomédicos ocidentais.

Na ausência de diretrizes adequadas que levassem em consideração esses fatores linguísticos e socioculturais, os profissionais de saúde foram obrigados a tomar decisões éticas complexas de forma independente e imediata, às vezes sob o escrutínio crítico da comunidade local ou mesmo de colegas estrangeiros não familiarizados com essas dinâmicas (Radicioni, 2020).

Como parte desta pesquisa, recentemente tive a oportunidade de conversar com uma colega, uma médica humanitária alemã de 31 anos, que também foi enviada ao mesmo campo em que trabalhei. Devido à proximidade de nossas profissões, mantivemos trocas de contato verbal regulares durante a missão, marcados por um diálogo reflexivo sobre nossas respectivas percepções e os desafios compartilhados neste contexto de crise. Segue um trecho de seu depoimento, como material ilustrativo da experiência coletiva de campo, que traduzi do inglês para o português:

> Nunca esquecerei o dia em que recebemos um fluxo de feridos após um ataque repentino a poucos quilômetros do acampamento. Os gritos, os corpos ensanguentados, as crianças perdidas... tudo isso ficou gravado em mim como uma cena congelada. Mas o que mais me impressionou foi minha impotência linguística. Uma mulher grávida gritava, mas eu não conseguia entender nada daquilo que ela tentava repassar para mim. Ela desmaiou antes que eu pudesse perguntar se ela estava com algum tipo de dor que não seja a de estar dando à luz. Senti, naquele momento, que não falar a língua do paciente era como ter as mãos atadas.
>
> Aprendi algumas palavras em árabe nos dias seguintes. Não o suficiente para manter uma conversa, mas o suficiente para dizer: "dor", "calma", "estou aqui". Estranhamente, essas três palavras foram suficientes para criar um vínculo - *rapport*. Uma vez, uma criança me entregou um pequeno pedaço de pano com meu primeiro nome escrito desajeitadamente em letras árabes. Foi o melhor agradecimento que já recebi. Hoje vivo com uma lembrança entre gratidão e

> dor. Sei que ajudei, mas também sei que às vezes não consegui entender ou ser compreendida. É um peso que carrego, e que me impulsiona a continuar aprendendo, para que um dia, essas barreiras caiam (Depoimento anónimo, 11 de abril de 2025).

A competência linguística, embora essencial, continua sendo insuficiente se não estiver vinculada a uma sensibilidade cultural e espiritual adaptada ao contexto do cuidado. Como apontam Gualda e Hoga (1992), compreender as dimensões simbólicas e transculturais da relação cuidador-paciente é essencial para que o cuidado ultrapasse o gesto técnico e se torne um verdadeiro ato de escuta plural, onde cada palavra, cada silêncio, cada movimento corporal seja carregado de significado histórico, social e emocional.

Esses episódios remetem ao que Pinto e Luíza (2023) destacam: em contextos marcados por tensões políticas, históricas e religiosas, a figura do profissional de saúde pode assumir uma profunda ambivalência. Dependendo da interpretação do interlocutor, ele pode ser percebido ora como um agente de cuidado e conforto, ora como representante de um poder externo, ou mesmo de uma ideologia ameaçadora. A linguagem que ele usa, seus gestos ou mesmo sua filiação cultural tornam-se marcadores que podem ativar memórias sociais conflitantes ou mecanismos de desconfiança (Pinto; Luíza, 2023; Farini, 2024).

A barreira linguística não se limitou, portanto, à relação cuidador-paciente. Também passou pela própria equipe interdisciplinar, formada por profissionais de cinco nacionalidades diferentes e, às vezes, abordagens opostas de atendimento. Não era incomum que as guias de execução médica matinais fossem retardadas ou interrompidas por mal-entendidos terminológicos, forçando o coordenador a repetir, reformular ou explicar novamente. Um colega de dormitório que era enfermeiro, que falava apenas português e um inglês básico, frequentemente expressava seu isolamento do inglês técnico usado em protocolos clínicos e relatava sofrer uma grande pressão e dor para realizar o cuidado humano.

Paradoxalmente, é muitas vezes nessas dissonâncias linguísticas que nascem os momentos mais colaborativos. Diante das situações expostas, nos solidarizamos a elaborar glossários multilíngues improvisados, com equivalentes em árabe, inglês, francês e português para os sintomas mais comuns. Pares espontâneos foram formados entre aqueles que dominavam determinados idiomas e aqueles que tinham habilidades clínicas especializadas. Esse clima de apoio mútuo fortaleceu a coesão da equipe e permitiu que todos desenvolvessem novas habilidades de comunicação (Costa, 2020; Gualda, Hoga,1992).

Com o passar das semanas, uma forma particular de exaustão instalou-se gradualmente entre vários membros da equipe: uma fadiga silenciosa, alimentada não apenas pela carga de trabalho e pelas precárias condições logísticas, mas também pela necessidade constante de

traduzir, interpretar e adaptar a fala em situações críticas. Essa intensa atividade cognitiva, muitas vezes realizada fora de qualquer estrutura profissional de interpretação, expôs os cuidadores a erros inadvertidos, às vezes menores, mas com consequências simbólicas ou clínicas significativas.

Entre os erros mais frequentemente observados nos idiomas inglês, francês e árabe estavam, por exemplo, a confusão entre "duas vezes ao dia" e "a cada dois dias", levando a dosagens medicamentosas incorretas; a omissão inadvertida de sintomas como "dor no peito irradiando para o braço esquerdo", frequentemente traduzida de forma imprecisa como "dor no braço", ou a interpretação errônea de "crises" para se referir a episódios de convulsões, que era confundida com episódios de ansiedade. Tais imprecisões, embora humanamente compreensíveis, geravam um sentimento desproporcional de culpa entre os profissionais envolvidos, como se a falha na comunicação se tornasse uma falha moral ou uma violação de sua própria ética de cuidado.

Como demonstram Jilou *et al*. (2021) e Farini (2024), a exposição repetida a mal-entendidos, incompreensão crônica ou a incapacidade de ser totalmente compreendido atua como um estressor cumulativo, provavelmente contribuindo para o desenvolvimento de sintomas relacionados à fadiga da compaixão, esgotamento linguístico ou diminuição da disponibilidade emocional no relacionamento de cuidado.

Para lidar com as múltiplas fontes de estresse enfrentadas diariamente, estratégias informais de apoio mútuo surgiram espontaneamente na equipe multidisciplinar. Essas estratégias incluíam rodas de conversa noturnas, sessões de oração inter-religiosa e o compartilhamento de histórias pessoais ou música durante as refeições. Embora aparentemente modestas, essas práticas desempenharam um papel crucial como espaços de regulação emocional coletiva, permitindo que os cuidadores verbalizassem suas ansiedades, normalizassem seus sentimentos e reconstruíssem significados em um ambiente marcado pela incerteza e desorganização (Jilou *et al.*, 2021).

Além disso, vários membros da equipe (aproximadamente 8 pessoas que não tinham árabe como primeiro ou segundo idioma) começaram a aprender árabe básico, não apenas para fins de comunicação funcional, mas também como um gesto de reconhecimento e respeito cultural pela comunidade local. Essa abordagem para o aprendizado de idiomas, mesmo básico, tem sido vista como uma alavanca simbólica para reduzir o distanciamento social, promovendo a criação de um clima de confiança intersubjetiva entre cuidadores e pacientes (Radicioni, 2020).

Hoje, ao recordar dos eventos do passado, acredito que uma das alavancas mais poderosas identificadas no terreno foi o estabelecimento de alianças com atores locais, particularmente líderes religiosos, professores deslocados e anciãos dos campos. Essas pessoas, respeitadas por sua comunidade, desempenharam um papel fundamental na legitimação de nossa presença e na facilitação do diálogo intercultural.

Em momentos em que a linguagem falha, muitas vezes é o corpo que fala. Olhares, gestos, tom de voz, silêncios compartilhados: tudo se torna vetor de comunicação (Ramos; Bortagarai, 2011). Em um centro de atendimento congestionado, onde a expressão verbal da dor era dificultada por restrições linguísticas e pelo caos circundante, microcomportamentos como um leve toque no ombro, um sorriso genuíno ou um simples aceno de cabeça eram frequentemente suficientes para estabelecer uma sensação de reconhecimento e presença do cuidador. Essas formas de comunicação não verbal, embora frequentemente marginalizadas na literatura biomédica focada em dados objetivos, ocupam um lugar central nas interações de cuidado em contextos humanitários multilíngues. Para Ramos e Bortagarai (2012, p. 166), elas constituem uma verdadeira "gramática silenciosa da empatia", particularmente relevante quando não há código linguístico compartilhado disponível para co-construir um significado.

Assim, ainda de acordo com Ramos e Bortagarai (2012, p. 166), é preciso refletir como a comunicação não-verbal se apresenta em uma dimensão epistemologicamente imprescindível no campo da saúde, pois transcende a linguagem falada ao operar como mediadora simbólica da relação terapêutica, sendo determinante para a construção do vínculo, a eficácia clínica e o reconhecimento das necessidades subjetivas do paciente, sobretudo em contextos de fragilidade comunicacional e vulnerabilidade psíquica.

Ademais, como afirma Oliveira (2020), o cuidado humanitário autêntico se constrói no encontro entre vulnerabilidades compartilhadas, em que a distância cultural dá lugar a uma solidariedade improvisada, mas profundamente enraizada.

Portanto, essa missão transformou profundamente minha percepção da profissão de saúde e o papel da mediação linguística. Ouso dizer que, os conhecimentos técnico-normativos adquiridos no âmbito universitário, incluindo protocolos assistenciais, diretrizes procedimentais e estratégias de gerenciamento de riscos, mostraram-se continuamente submetidos a processos de ressignificação, adaptação dinâmica e, por vezes, completa inversão, diante das contingências socioculturais e das realidades contextuais emergentes nos territórios de atuação. A reflexão realizada permite afirmar que cuidar não era apenas uma questão de habilidade, mas de presença, comprometimento e capacidade de ouvir o que nem sempre podia

ser dito ou compreendido. Cada interação se tornou um ato de tradução e interpretação, não apenas linguística, mas também afetiva, cultural e espiritual. Finalmente, importa reconhecer que se pode perceber o ato do cuidado em contexto extremo uma redefinição do papel do cuidador como ponte entre mundos deslocados.

À luz dos acontecimentos e evidências apresentadas, infere-se que essa experiência também reforçou uma profunda convicção: a prática da saúde humanitária não pode mais ser considerada sem treinamento em mediação linguística e cultural. Muitas vezes, essas dimensões são relegadas à improvisação ou à boa vontade de certos membros da equipe. No entanto, eles são essenciais para a qualidade, segurança e ética do atendimento. Integrar essas habilidades desde o treinamento inicial, criar parcerias com intérpretes médicos e promover o conhecimento multilíngue nas missões são passos urgentes para uma assistência verdadeiramente humanizada. Nesse sentido, o campo não deve ser apenas um espaço de intervenção: ele se torna um laboratório vivo de transformação profissional.

Com o passar dos dias, tornou-se cada vez mais difícil para os membros da equipe manterem uma postura de neutralidade emocional. O conflito armado, embora localizado externamente, nos arredores do acampamento, gradualmente se infiltrou nas dinâmicas interpessoais, nos comportamentos não verbais e nas trocas informais entre a equipe de saúde (Jilou *et al*., 2021).

Em alguns casos, a missão humanitária, supostamente destinada a aliviar o sofrimento, mostrou-se impotente para lidar com a magnitude do sofrimento observado, gerando um profundo sentimento de inadequação ou impotência moral. De acordo com a análise de Nasser (2022), os profissionais de saúde alocados em zonas de conflito tornam-se, a despeito de si mesmos, atores sujeitos a tensões políticas e éticas, oscilando entre os imperativos do cuidado, a lógica da sobrevivência e as estruturas de poder locais ou internacionais. Essa politização da assistência à saúde questiona o princípio humanitário da neutralidade operacional, especialmente quando o ambiente de trabalho se torna fisicamente ameaçado.

Aproximadamente 7 profissionais expressaram um sentimento de perda de significado e desilusão humanitária, descrevendo a experiência como um colapso simbólico do trabalho assistencial. Essa experiência pode ser comparada ao que a literatura chama de trauma vicário, ou seja, o impacto emocional indireto ligado à exposição prolongada ao sofrimento alheio em contextos extremos (Figley, 2002).

Além dos ferimentos físicos e do desengajamento operacional, este episódio destacou um elemento central, mas difícil de mensurar: a fragmentação subjetiva da equipe de saúde

diante do colapso repentino dos referenciais profissionais, éticos e simbólicos. O sentimento de impotência coletiva, alterou profundamente o senso de coerência e o propósito profissional. Não se tratava mais simplesmente de prestar cuidado em um contexto difícil, mas de fazê-lo em um ambiente que se tornara um vetor de violência, rompendo os próprios fundamentos do ato de cuidar. Essa observação reforça a ideia de que a preparação psicológica e ética dos profissionais humanitários não pode ser secundária, mas deve ser parte integrante do treinamento, da supervisão e do monitoramento pós-missão.

Cumpre acrescentar que, essa situação revelou a fragilidade estrutural das respostas humanitárias em ambientes multilíngues e instáveis, na qual a falta de mediação cultural e de sistemas de apoio linguístico aumenta não apenas os riscos clínicos, mas também a vulnerabilidade psicológica dos envolvidos. Diante de exposições ao trauma, direto ou indireto, é imperativo que as organizações integrem mecanismos sistemáticos de apoio psicossocial, valorizando os depoimentos de campo como formas legítimas de produção de conhecimento.

A interrupção repentina do trabalho de campo, deixou uma fratura psicológica e somática cujas sequelas não foram imediatamente visíveis nem facilmente expressas. A restauração corporal não se traduziu em uma restauração imediata da coerência interior. Períodos de silêncio prolongado, incapacidade de verbalizar certas memórias e um sentimento de ruptura subjetiva marcaram os meses seguintes. Foi somente por meio da escrita, lenta, dolorosa, mas estruturante, que foi possível compreender que essa experiência persistia por sua transformação. Redefinindo a compreensão pessoal de cuidado, linguagem e engajamento ético em contextos extremos. Este trabalho, portanto, não é uma simples restituição factual: constitui uma tentativa de objetivar o indizível, de transformar a vulnerabilidade em matéria reflexiva e de abrir espaço para o pensamento a partir de uma experiência limite e multilíngue.

4. CONCLUSÃO

Este relato de experiência, baseado em uma prática de campo única, não visa produzir um modelo generalizável, mas sim oferecer uma análise situada das tensões inerentes à prática da saúde em contextos de conflito armado, pluralidade linguística e instabilidade moral e ética. Assim, faz parte de uma tentativa de honrar a exigência de imparcialidade consagrada no juramento profissional, ao mesmo tempo em que reconhece os limites da universalidade abstrata do cuidado diante de realidades humanas, políticas e culturais extremamente complexas. Nesse sentido, o singular aqui se torna revelador do estrutural, destacando os dilemas sistêmicos da intervenção humanitária contemporânea.

Sustento, ainda, que o fortalecimento da formação em interpretação, especialmente em contextos críticos e de vulnerabilidade, passa necessariamente pelo desenvolvimento sistemático de competências emocionais e interculturais. A atuação interpretativa em cenários de conflito, deslocamento forçado ou sofrimento extremo exige não apenas elevado domínio linguístico, mas também preparo psíquico e ético para lidar com o impacto emocional das narrativas que se escuta e se transmite.

Trata-se de um desafio formativo ainda presente, que interpela os currículos e as práticas pedagógicas, demandando uma abordagem mais integrada entre técnica, ética e cuidado de si. Reconhecer a interpretação como prática situada e afetivamente implicada implica compreender que ouvir o indizível, e permitir que o humano continue sendo compreendido mesmo quando o mundo parece ter desaprendido a escutar, constitui um dos núcleos centrais da mediação linguística em contextos críticos. Essa perspectiva amplia o horizonte da formação em LEA, ao reafirmar a interpretação não apenas como competência profissional, mas como prática profundamente comprometida com a dignidade humana e com a manutenção do diálogo em situações de ruptura social extrema.

Outra conclusão fundamental diz respeito ao reconhecimento da mediação linguística como um ato de cuidado por si só. Em zonas de conflito, os profissionais são frequentemente obrigados a combinar os papéis de cuidador, intérprete e mediador intercultural, sem formação específica ou um enquadramento ético adequado. Essa sobrecarga funcional e emocional aumenta o risco de erros e contribui para o esgotamento psicológico das equipes. Portanto, é imperativo profissionalizar, promover e integrar intérpretes médicos em equipes multidisciplinares, desde a fase de planejamento da missão.

O cuidado humanitário está sujeito inerentemente de dilemas éticos contínuos: tratar corpos sem ser capaz de abordar as causas de seu sofrimento; aplicar protocolos globais a

realidades locais profundamente enraizadas; e manter uma postura neutra em ambientes em que cada ação pode ser percebida como um ato político. Longe de desacreditar o papel do cuidado, essas tensões ressaltam a importância de uma postura reflexiva, crítica e humilde no engajamento profissional. Ser cuidador em uma zona de guerra significa aprender a navegar pela incerteza, trabalhando com recursos limitados e enfrentando desafios invisíveis para observadores externos.

O impacto dessa experiência não pode ser mensurado apenas em dias de missão ou no número de vidas salvas. Ela trouxe transformações duradouras nas trajetórias pessoais e profissionais dos membros da equipe. Alguns optaram por compromissos prolongados com o trabalho humanitário; outros deixaram o campo permanentemente, às vezes marcados por traumas. Em todos os casos, uma lição fundamental se cristalizou: o cuidado humanitário em um ambiente multilíngue exige uma ética da linguagem, uma política de escuta ativa e um profundo reconhecimento da diversidade humana como a própria condição do cuidado.

Nesse cenário extremo, tornou-se evidente que interpretar ultrapassa o domínio lexical ou sintático, exigindo a tradução de mundos marcados por dor, medo e esperança, nos quais o silêncio, o olhar e o tremor da voz demandavam, muitas vezes, mais interpretação do que as próprias palavras. Cada enunciado carregava um peso histórico e existencial ausente dos dicionários, mas profundamente inscrito nas experiências de sobrevivência de quem o proferia. A neutralidade, longe de significar ausência de sensibilidade, manifestava-se como uma postura ética de respeito, um equilíbrio delicado entre ser ponte comunicativa e não assumir o lugar de protagonismo. Nesse contexto, a interpretação configurou-se como um gesto de humanidade, um ato silencioso de mediação entre o sofrimento e o cuidado, entre a vida que resiste e aquela que busca acolher, revelando que, em situações-limite, a língua pode tornar-se refúgio e a tradução, uma forma de proteção simbólica e humana.

Em uma última análise, observa-se que a missão não terminou com o encerramento ordenado de um projeto concluído, mas na incompletude de um conflito persistente. O campo não existe mais como era, mas as vozes, os gestos, a dor e a resistência que ali se formaram permanecem. Este relato não pretende oferecer respostas definitivas. Em vez disso, promover reflexão contínua para uma produção de conhecimento compartilhável sobre o tema, bem como a criação de espaços seguros onde os cuidadores possam testemunhar, analisar e aprender com o contexto de crise humanitária. Nesse sentido, é um apelo concreto às instituições de formação, às organizações de cunho humanitário e aos gestores de programas assistenciais para que ouçam aqueles que, em campo, enfrentam ou enfrentaram a complexidade do cuidado diariamente. De

tal modo, como forma de lembrete, para além de cada diagnóstico, existe uma língua, uma cultura, uma história; e que em cada ato de cuidado reside a frágil, mas real, possibilidade de resistência humanista, não espetacular, mas enraizada na discreta constância daqueles que traduzem, que se importam e que ainda acreditam no valor da presença humana em tempos de guerra.

5. REFERÊNCIAS

ABIMBOLA, S. The foreign gaze: authorship in academic global health. **BMJ Global Health**, v. 4, n. 5, p. e002068, out. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068. Acesso em: 09 jun. 2025.

AMORIM, M. J. A. B. Enfermagem: profissão humanitária? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 359–368, 1979. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-716719790004000002. Acesso em: 27 mar. 2025.

CARVALHO, M. DE S.; ZERBETO, A. B.; CHUN, R. Y. S. Linguagem, interação e vulnerabilidade comunicativa na relação de cuidado ao paciente: um estudo sobre a percepção de estudantes de Enfermagem, Fonoaudiologia e Medicina. **Distúrbios da Comunicação**, v. 34, n. 2, p. e54339–e54339, 21 jun. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.23925/2176-2724.2022v34i2e54339. Acesso em: 03 abr. 2025.

CICV. **Os Princípios Fundamentais do Movimento da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho**. 2020. Disponível em: https://www.icrc.org/pt/publication/os-principios-fundamentais-do-movimento-da-cruz-vermelha-e-do-crescente-vermelho. Acesso em: 02 abr. 2025.

COSTA, S. F. M. **Mediação intercultural em contextos de emergência humanitária: o caso dos migrantes na Rota dos Balcãs**. Dissertação—Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. Instituto Politécnico de Leiria.: [s.n.]. 2020. 107 p.

DANNENBAUM, T.; DILL, J. International Law in Gaza: Belligerent Intent and Provisional Measures. **American Journal of International Law**, v. 118, n. 4, p. 659–683, 1 out. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1017/ajil.2024.53. Acesso em: 09 jun. 2025.

DAVIDE, D. F.; ALESSANDRA, F.; ROBERTO, P. Distributive justice in environmental health hazards from industrial contamination: A systematic review of national and near-national assessments of social inequalities. **Social Science & Medicine**, v. 297, p. 114834, mar. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114834. Acesso em: 09 jun. 2025.

FARINI, F. Interpreters as facilitators of emotional expressions in multilingual medical interactions: Observations from Italian healthcare practices. **Language and health**, 1 fev. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.laheal.2024.01.002. Acesso em: 09 jun. 2025.

FARINI, F. Interpreting and Intercultural Mediation in Italian Healthcare Settings. **Journal of intercultural communication**, v. 13, n. 3, p. 1-07, 30 nov. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.36923/jicc.v13i3.662. Acesso em: 09 jun. 2025.

FARMER, Paul. **Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor**. Berkeley: University of California Press, 2013.

FIGLEY, C. R. Compassion fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. **Journal of Clinical Psychology**, v. 58, n. 11, p. 1433–1441, 2002. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12412153/. Acesso em: 09 jun. 2025.

GUALDA, D M. R.; HOGA, L. A. K. Estudo sobre Teoria Transcultural de Leininger. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, v. 26, n. 1, p. 75-86, mar. 1992.

GUERRA, A. W. **A Proteção Internacional da Pessoa Humana e as Constelações Migratórias**. [s.l.] Editora Dialética, 2021. 196 p.

HADZIABDIC, E.; LUNDIN, C.; HJELM, K. Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, jun. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5. Acesso em: 09 jun. 2025.

HELMAN, C. **Culture, health and illness**. Boca Raton: Crc Press, 2015.

JABUR, S. M.; SILVEIRA, F. DE A. Linguagem como Abertura ao Diálogo entre Cuidado em Saúde e Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 4, p. 565–573, dez. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e00802014. Acesso em: 29 mar. 2025.

JILOU, V.; DUARTE, J. M. G.; GONÇALVEZ, R. H. A; VIEIRA, E. E.; SIMÕES, A. L. A. Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628. Acesso em: 24 mar. 2025.

JILOU, V.; DUARTE, J. M.; GONÇALVEZ, R. H. A.; VIEIRA, E. E.; SIMÕES, A. L. A. Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628. Acesso em: 09 jun. 2025.

JOSÉ, F.; PASSOS, F. Document analysis of nursing training for the care of cultural diversity in primary care. **New Trends in Qualitative Research**, v. 13, p. 1-11, 8 jul. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e649. Acesso em: 04 abr. 2025.

KAPSHUK, Y. Palestinian refugees in the context of the Hamas–Israel war in Gaza: an analysis through the lens of transitional justice. **Pathways to Peace and Security**, n. 1, p. 28–45, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.20542/2307-1494-2024-1-28-45. Acesso em: 09 jun. 2025.

KARINE, D.; VALENTE, R. A mediação aplicada nas relações entre médicos e pacientes e seus reflexos na desjudicialização dos conflitos envolvendo direitos da personalidade. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 9, p. e10931–e10931, 25 set. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.55905/revconv.17n.9-327. Acesso em: 19 mar. 2025.

KELLER, R. B. B.; SILVA, T. E. M. A linguagem como poder simbólico em um contexto de fronteiras: reflexões sobre a educação da língua espanhola. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 17 ago. 2021.

LESCH, M. H. Investigating the Effects of a (Non-) Professional Interpreting Service in Healthcare. **International Journal of Language & Linguistics**, v. 7, n. 4, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.30845/ijll.v7n4p3. Acesso em: 09 jun. 2025.

MCKENNA, B. Culture, Health and Illness. Fifth edition, by Cecil Helman. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 22, n. 2, p. 204–208, jun. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOSER-MERCER, B. et al. Beyond aid: Sustainable responses to meeting language communication needs in humanitarian contexts. **Interpreting and Society**, v. 1, n. 1, p. 5–27, set. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1177/27523810211036534. Acesso em: 09 jun. 2025.

MÜLLER, M. R.; LIMA, R. C.; ORTEGA, F. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e210731pt, 15 dez. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731pt. Acesso em: 02 abr. 2025.

NOGUEIRA, A. S. O (in)esperado na descrição e compreensão da complexidade sociolinguística de práticas translíngues de alunos surdos. **DELTA Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada**, v. 38, n. 4, 1 jan. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1678-460X202259471. Acesso em: 27 mar. 2025.

OLIVEIRA, A. L. R.; MENDONÇA, S. M. H.; MENDONÇA, R. M. H. A língua estrangeira como barreira para o cuidado em saúde. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 1, n. 3, p. 5, 5 dez. 2011. Disponível em: https://doi.org/10.24276/rrecien2177-157X.2011.1.3.5-9. Acesso em: 24 abr. 2025.

OLIVEIRA, A. L. R.; MENDONÇA, S. M. H.; MENDONÇA, R. M. H. A língua estrangeira como barreira para o cuidado em saúde. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 1, n. 3, p. 5, 5 dez. 2011.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 37–50, jan. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170915. Acesso em: 29 mar. 2025.

OLIVEIRA, R. K. M.; SALVADOR, P. T. C. O.; SANTOS, V. E. P. Euzébia. Aplicação da Teoria Humanística de Enfermagem nos Serviços de Saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 4, n. 1, 2012, p. 2695-2704.

PINTO, J. P.; LUÍZA, A. Barreiras ou pontos de inspeção? Ideologias linguísticas sobre migração e o modelo de comunicação moderno-colonial. **Gragoatá**, v. 28, n. 60, p. e53275–e53275, 14 jan. 2023.

RADICIONI, M. Cultural Differences in Interpreter-Mediated Medical Encounters in Complex Humanitarian Settings. **Advances in medical diagnosis, treatment, and care (AMDTC) book series**, p. 165–187, 31 dez. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.4018/978-1-5225-9308-9.ch007. Acesso em: 09 jun. 2025.

RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 1, p. 164–170, 8 jul. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067. Acesso em: 14 mar. 2025.

ROMERO, CARLOS GIMÉNEZ; SUMMERS, G. **Teoría y práctica de la mediación intercultural**: diversidad, conflicto y comunidad. 1ª ed. Madrid: Reus Editorial, 2019. 362 p.

SETH, D. A Costly Diagnosis: The Psychological Burden of Palestine. **Harvard International Review**, v. 32, n. 4, p. 11–11, 2011. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/42763412. Acesso em: 09 jun. 2025.

SILVEIRA, J. G. P. DA. Lambert, J. (2023). Translation Ethics. Routledge. **Cadernos de Tradução**, v. 44, n. 1, p. 1–9, 30 dez. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.5007/2175-7968.2024.e95989. Acesso em: 17 mar. 2025.

TICKTIN, Miriam. **Casualties of Care: immigration and the politics of humanitarianism in France**. Berkeley: University of California Press, 2011.

TURATO, E. R. T. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidance on preparing for national response to health emergencies and disasters**. [s.l.] World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global research agenda on health, migration and displacement**. [s.l.] World Health Organization, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preparedness and resilience for emerging threats. Module 1**. [s.l.] World Health Organization, 2024.