

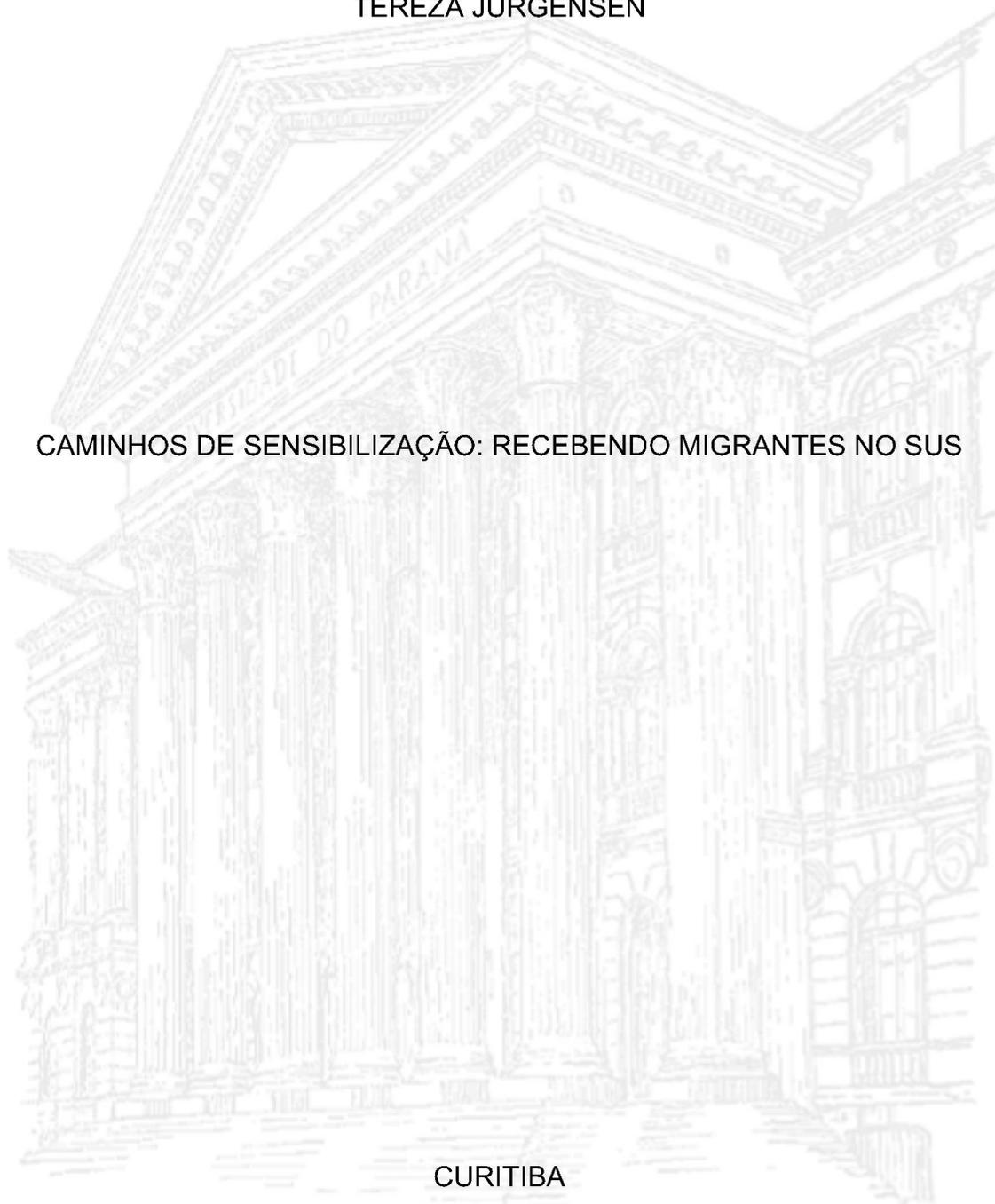
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TEREZA JÜRGENSEN

CAMINHOS DE SENSIBILIZAÇÃO: RECEBENDO MIGRANTES NO SUS

CURITIBA

2024



TEREZA JÜRGENSEN

CAMINHOS DE SENSIBILIZAÇÃO: RECEBENDO MIGRANTES NO SUS

Projeto de Trabalho de Conclusão de Mestrado como requisito à obtenção de grau de Mestre em Saúde da Família no Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Setor de Ciências da Saúde.

Orientador: Prof Dr Deivisson Vianna Dantas dos Santos.

Co-Orientadora: Dra Daiane Cristina Pazin

CURITIBA
2024

J95 Jürgensen, Tereza

Caminhos de sensibilização: recebendo migrantes no SUS
[recurso eletrônico] / Tereza Jürgensen. – Curitiba, 2024.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

1. Imigrantes. 2. Serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde.
4. Estratégias de saúde nacionais. 5. Saúde da família. I. Santos,
Deivisson Vianna Dantas dos. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde
da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **TEREZA JURGENSEN** intitulada: **CAMINHOS DE SENSIBILIZAÇÃO: RECEBENDO MIGRANTES NO SUS**, sob orientação do Prof. Dr. DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 05 de Setembro de 2024.

Assinatura Eletrônica

10/09/2024 10:28:22.0

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

10/09/2024 10:22:02.0

EDUARDO CARON

Avaliador Externo (FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP)

Assinatura Eletrônica

17/09/2024 15:26:09.0

GIOVANA DANIELA PECHARKI VIANNA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Ao povo cubano e sua solidariedade internacionalista, por
sua insistência em formar médicos de ciência e consciência
para o mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais - Luzia e Celso - pela vida, pelo amor em forma de afeto, apoio e dedicação. A toda minha família, onde tive muitas mulheres potentes como referência e que me apoiaram sempre. Minha irmã Sofia, minhas tias e avós - Adair, Arcélia, Avani, Apolônia, Bernadete, Clarice, Regina, Terezinha - mulheres que igualmente me foram exemplo de profissionais, escritoras, acadêmicas, mães e minhas incentivadoras sempre.

Meu companheiro de vida Eduardo, pelo amor e cumplicidade, debates e aprendizados mútuos em todas as etapas do mestrado. A todos os meus amigos que estiveram ao meu lado sempre e são a família que a gente escolhe. Anderson Sabino, que me orientou no pré-projeto. Ao Comitê de Floripa, minha rede de apoio de quando a gente não pode mudar o mundo, mas balança. A tantos outros que me acompanharam no caminhar, Juli, Lele, João. Giovanna, grande amiga que este curso me presenteou de forma extracurricular, grande incentivadora de seguir este caminho em defesa do SUS.

Ao meu orientador Deivisson, pelas ideias geniais que resultaram neste trabalho, mas também por ser um exemplo de teoria-prática sempre com métodos muito democráticos e acolhedores nas aulas e na orientação. Assim também, agradeço à Prof Sabrina Stefanello pela genialidade e receptividade no Grupo de Pesquisa que foi essencial para esta transformação em pesquisadora. Aos meus professores e colegas do Profsaúde, com quem tanto aprendi e tive uma agradável convivência repleta de risadas e momentos memoráveis.

Agradeço aos usuários e equipe de trabalhadoras da Unidade de Saúde da Família Jardim Karla, pois foi com seus ensinamentos que eu realmente me transformei em Médica de Família e Comunidade, um sonho antigo meu. Por fim, agradeço especialmente a Enf. Viviane Maysa Tomazoni, grande defensora da Atenção Primária do SUS a quem tenho profunda admiração e respeito, por ser grande incentivadora da educação continuada dos profissionais de saúde.

RESUMO

O fenômeno das migrações humanas não é novo na história da humanidade. Na atualidade ele é descrito como uma crise humanitária migratória mundial, maioritariamente em direção aos países em vias de desenvolvimento. Nestes, dentre os quais o Brasil, a falta de políticas migratórias para o acolhimento desta população contribui para a sua vulnerabilidade. Entre os desafios enfrentados estão as barreiras de acesso ao necessitar atenção em saúde. No marco dos princípios do SUS, a universalidade garante o direito à saúde para a população migrante, que tem na Atenção Primária em Saúde sua porta de entrada. A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa-ação realizada em uma Unidade Básica de Saúde com o objetivo de construir ações para sensibilização da equipe de saúde da família para o acolhimento da população migrante. Conforme as etapas foram ocorrendo, as estratégias de aproximação entre trabalhadores da saúde e migrantes ocuparam outros espaços, fortalecendo-se inclusive enquanto ações de superação destas barreiras. Antes das ações, este grupo populacional acessava apenas os serviços de formas pontuais e curativas. Abrir espaço para que contassem suas histórias permitiu a criação do vínculo e o acolhimento desta população. A construção de vínculo é um recurso terapêutico e um componente crucial do cuidado em saúde. Ao possuir vínculo com este grupo populacional os profissionais passam a considerá-los membros da comunidade e pertencentes ao território, o que se mostra essencial para um cuidado de saúde integral e humanizado.

Palavras-chaves: Saúde dos migrantes; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família;

ABSTRACT

The phenomenon of human migration is not new in the history of humanity. Currently, it is described as a global humanitarian migration crisis, primarily directed towards developing countries. In these countries, including Brazil, the lack of migration policies to accommodate this population contributes to their vulnerability. Among the challenges faced are barriers to accessing necessary healthcare services. According to the principles of the SUS (Brazil's Unified Health System), universality guarantees the right to health for the migrant population, which finds its entry point in Primary Health Care. This research is an action research conducted in a Basic Health Unit aimed at developing actions to sensitize the family health team to welcome the migrant population. As the stages progressed, the strategies for engagement occupied other spaces, strengthening themselves even as actions to overcome these barriers. Before these actions, this population group accessed services only sporadically and for curative purposes. Creating space for them to share their stories allowed for the creation of bonds and the welcoming of this population. Building bonds is a therapeutic resource and a crucial component of healthcare. By establishing bonds with this population group, professionals begin to consider them members of the community and belonging to the territory, which is essential for comprehensive and humanized healthcare.

Keywords: Migrant health; Primary Health Care; Family Health Strategy;

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OBMigra - Observatório das Migrações Internacionais

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização do SUS

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVO GERAL	22
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. PERCURSO METODOLÓGICO	22
3.1 O CAMPO	23
3.2 MINHA IMPLICAÇÃO	26
3.3 AS AÇÕES DESENVOLVIDAS	26
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	29
3.5 TRATAMENTO DOS DADOS E REFERENCIAL DE ANÁLISE	30
4. RESULTADOS	33
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	33
4.2 PLANEJAMENTO DA ESTRATÉGIA	34
4.3 AÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO	38
4.4 REPERCUSSÕES DA ESTRATÉGIA NA EQUIPE	49
5. CONSTRUINDO VÍNCULOS POR UM SUS PARA OS MIGRANTES	53
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
8. APÊNDICES	72
8.1 TCLE TRABALHADORES	72
8.2 TCLE USUÁRIOS	75
8.3 ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	79
8.4 DIÁRIOS DE CAMPO	80

1. INTRODUÇÃO

A migração é um fenômeno social inerente ao ser humano tão antigo quanto a própria humanidade, sendo uma das principais características da globalização. No Brasil, observa-se com frequência esta mobilidade em suas duas expressões: imigração e emigração. São processos que se mesclam com a própria história nacional. Migrante é, portanto, a pessoa que se move. Ianni (2004) afirma que “os migrantes são tangidos pelo vento”, ao considerar que estão inseridos em lutas e convulsões sociais, carências e esperanças, como uma multidão em movimento ao acaso de situações e acontecimentos.

São vindantes de uma vasta e errática diáspora que se espalha pelas nações e continentes, com suas vozes e línguas, cores e coloridos, atividades e padecimentos, frustrações e alegrias. Podem realizar-se na primeira ou na última geração; ou malograr-se por todas. (IANNI, 2004 p.21)

A população migrante pode variar quantitativamente em um ou outro local, mas o fato é que está presente na maioria dos territórios de saúde. São desabrigados, desamparados, refugiados, perseguidos, desesperançados e esperançosos. Podem ser indivíduos, famílias e coletividades, mas são muitos. Para Ianni (2004), as migrações em curso expressam o modo pelo qual se desenvolve a nova divisão transnacional do trabalho e da produção: são trabalhadores desempregados ou empregados em condições extremamente adversas. Deslocam-se na esperança de poder realizar um projeto próprio de existência, sempre em busca de vender sua força de trabalho para conquistar o direito à vida. Direito este que pode ser muito difícil de ser conquistado no novo local de moradia, devido à ilegalidade e falta de políticas públicas que atendam à esta população.

Salvo algumas exceções, é mais fácil sair de um país do que entrar e ali permanecer legalmente. Mas estas dificuldades e restrições legais não tiveram impacto na redução do fluxo migratório mundial. Rompendo a ideia dos Estados Unidos da América e da União Europeia de invasão do hemisfério norte, hoje se deslocam principalmente aos países em vias de desenvolvimento. Estes países possuem menos

restrições para a sua entrada, o que pode motivar sua busca. Porém, a falta de políticas migratórias para o acolhimento desta população produz efeito similar às políticas restritivas dos países ricos. Ambas situações contribuem para a vulnerabilidade desta população. (VENTURA e YUJRA, 2019) Segundo Granada et al (2017) a falta de políticas migratórias expõe os migrantes a riscos e precariedades de condição de vida transformando-os em uma população vulnerável, inclusive submetendo-os a condições análogas à escravidão nos países de destino.

Como casualidade à falta de políticas direcionadas a este grupo vulnerável está o fato de que muitas vezes o migrante é visto como um problema ou uma ameaça. Esta visão é muito utilizada para a adoção de políticas restritivas que dificultam ainda mais a conquista da dignidade por parte dos migrantes. Vulnerabiliza-se ainda mais este grupo populacional ao utilizá-lo para justificar problemas que são inerentes à desigualdade social, como aumento de violência, desemprego entre outros. Atribui-se aos migrantes por exemplo, a disseminação de doenças infectocontagiosas e aumento de agravos em saúde, culpando-os erroneamente por epidemias. (GRANADA et al, 2017)

No Brasil, a lei 9.474/97 garante, entre outros direitos, o direito à saúde, assistência social e previdenciária ao migrante. No mesmo ano, um veto presidencial proposto pelo Ministério da Fazenda suprimiu da lei esse direito ao visitante (BRASIL, 1997). Tal veto impedia o visitante - e o migrante indocumentado - a buscar um serviço de saúde, o que considerando o medo deste grupo propagar epidemias, dificultaria a prevenção de doenças. A violência, um problema de saúde importante no país, também entra na lista de mitos utilizados contra este grupo populacional, fazendo com que a maioria da população veja o migrante como um criminoso em potencial. Outro equívoco, é sobre a migração em busca de programas sociais, colocando os migrantes como pobres em busca desses benefícios. Tal afirmação é falsa pois é sabido que as populações mais pobres são sedentárias e não têm condições financeiras para seu deslocamento. (VENTURA e YUJRA, 2019) Segundo Baeza et al (2019) são estes mitos que vão criando um conceito previamente formado sobre a cultura do migrante, alimentando as distâncias culturais. Com o preconceito, criam-se barreiras que se refletem no momento de procura de atendimento à saúde.

Segundo dados do OBMigra, houve no Brasil um aumento expressivo de migrantes no território nos últimos anos. Estima-se que cerca de 1,5 milhão de migrantes tenham residido no Brasil entre 2011 e 2022, embora não exista um número oficial do censo. O volume de registros de autorização de residência no ano de 2022 foi de 243,2 mil, o que superou em muito o verificado nos anos anteriores. Com relação à localização geográfica desses imigrantes, o estado do Paraná é o quarto estado com maior número, apresentando registros de 22,1 mil pessoas, antecedido apenas por Roraima (65,0 mil), São Paulo (50,7 mil) e Amazonas (25,8 mil). A principal nacionalidade foi a venezuelana, seguida de boliviana, colombiana, argentina, cubana, e só então haitiana - que mostra sinais de declínio após 12 anos de seu início. Entre as principais nacionalidades, todas foram do Sul Global, sugerindo que esse eixo migratório fortalecido na década passada está se consolidando. Outro dado relevante para políticas públicas presente neste relatório foi o aumento expressivo no número de crianças e adolescentes nos fluxos migratórios. (CAVALCANTI, OLIVEIRA, LEMOS SILVA, 2023)

No marco dos princípios do SUS, a universalidade garante o direito à saúde para a população migrante. Contudo, o acesso dos migrantes aos serviços de saúde enfrenta múltiplas barreiras, e estas não são uniformes. Os migrantes que ingressam no Brasil por solicitação de grandes empresas e com altos salários não acessam diretamente os serviços públicos de saúde, como no caso de uma agudização de sua condição de saúde. Não se constituem, portanto, um problema a ser resolvido. Entretanto, migrantes individuais e refugiados, apesar da condição social pregressa apresentam como semelhança o fato que provavelmente ingressarão ao mercado de trabalho de forma informal e mais precarizada. Tal condição se reflete na renda familiar e na maior probabilidade de buscar atendimento em saúde no serviço público.

No ano de 2018, a legislação referente a este grupo populacional foi atualizada mediante a lei 13.684/18, que dispõe sobre medidas assistenciais de acolhimento aos migrantes. Em seu Art. 5º, afirma que: "as medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária visam à ampliação das políticas de: (...) II – atenção à

saúde;" (Lei nº 13.684/2018). Entretanto, até o início da presente pesquisa, não existia no Brasil uma política pública de saúde específica para este grupo populacional. Ao longo de seu desenvolvimento, avanços a nível de políticas públicas em saúde ocorreram no SUS. A portaria GM/MS Nº 763, de 26 de junho de 2023, instituiu um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, com a finalidade de elaborar uma proposta para estabelecimento da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas.

Em março de 2024, a Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde emite a Nota Técnica Nº 8/2024 com orientações e diretrizes de boas práticas para gestores e profissionais de saúde sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas no âmbito da APS em todo o território brasileiro. Nesta nota, ocorrem alguns avanços com relação à 1997, trazendo pela primeira vez recomendações para gestores e para as equipes que atuam na APS. Entre elas, a promoção de atividades de educação permanente e continuada para as equipes da APS, "para a constante sensibilidade cultural às especificidades da população migrante, reforçando atendimentos humanizados, antirracistas e antixenófobos por todos profissionais de saúde". (BRASIL, 2024 p.7) Neste documento aparecem também as diretrizes gerais para a APS:

6.1. Registrar e assistir, sem exigência de documentação específica que possa impedir ou restringir o acesso, o cadastro ou a notificação, no âmbito da saúde, respeitando e considerando questões culturais e linguísticas.

6.2. Garantir a assistência à saúde sem exigência de tradutores, profissionais ou familiares, como condição para a oferta do cuidado. Recomenda-se que o serviço de saúde faça contato com as redes locais para a oferta de mediação cultural, resguardada a confidencialidade e as possíveis questões de gênero e respeito à interculturalidade no atendimento.

6.3. Cadastrar com preenchimento completo as informações sobre a pessoa migrante, refugiada ou apátrida, nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS e outros instrumentos de registro, que realizem o monitoramento e visibilidade dessas populações.

6.4. Acolher, atender e orientar, promovendo uma escuta culturalmente sensível a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, sem quaisquer tipos de discriminações e preconceitos de gênero, cor, raça, religião, nacionalidade, etnia, situação migratória, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, entre outras.

6.5. Atentar que não cabe aos profissionais de saúde denunciar as pessoas

migrantes, refugiadas e apátridas que por ventura estejam irregulares no país, apenas os cabe orientar sobre as instituições que auxiliam a regularização migratória.

6.6. Reiterar o direito ao acesso à saúde no SUS e ao cuidado na APS para populações migrantes indígenas, a exemplo dos povos provenientes de fluxos de migrações internacionais como os Warao, Eñepa e Taurepang, da Venezuela, assim como de outros países." (BRASIL, 2024 p. 6,7)

Na elaboração do documento, os dados do Sisab apresentavam um total de 512.517 de pessoas migrantes cadastradas nas equipes que atuam na APS, no período de 2013 a 2023. Estas estavam distribuídas em 4.453 municípios e apenas 7 possuíam mais de 10.000 cadastros de população migrante, entre estes dois municípios - Cascavel e Curitiba - estão no Estado do Paraná, que possui 65.504 cadastros de pessoas migrantes (BRASIL, 2024).

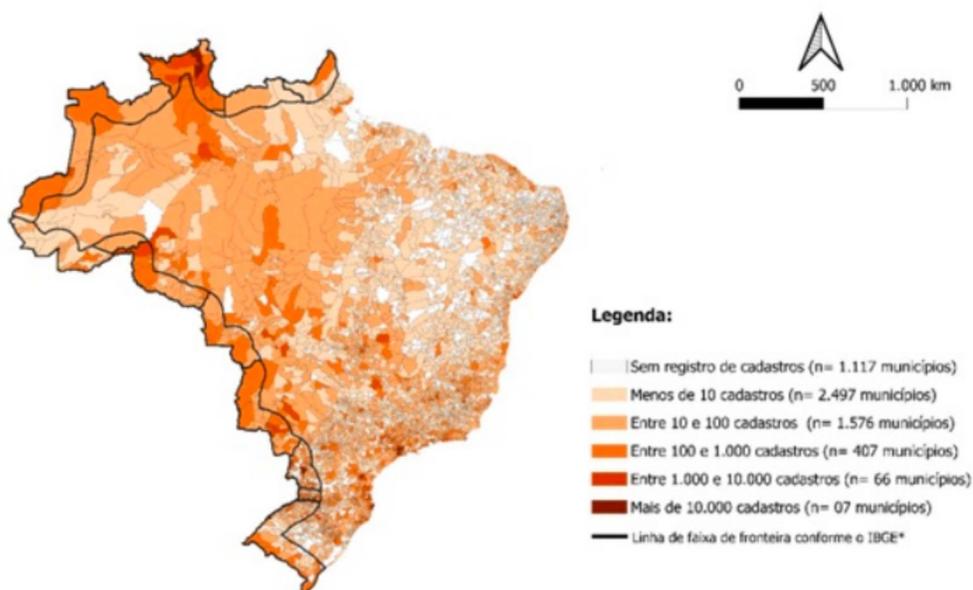


Figura 1 - Distribuição do total acumulado de cadastros de pessoas migrantes nos serviços da APS, segundo município em faixa de fronteira, Brasil, 2013-2023 Fonte: BRASIL, 2024

Quando esta população vulnerável necessita algum atendimento em saúde é no cenário da APS do SUS onde possivelmente buscarão consegui-lo. Na organização da

rede hierarquizada do SUS, a APS constitui a sua porta de entrada. É o serviço de primeiro contato da população com o sistema de saúde, sendo próxima ao local de residência ou trabalho, de fácil acesso e direcionado a resolver a maioria dos problemas de saúde da população. A APS integra o processo permanente de assistência que inclui a prevenção, promoção, cura e a reabilitação. Organizada pela Estratégia de Saúde da Família, tem como característica a centralidade nas famílias e o reconhecimento do contexto e da dinâmica familiar para atender às demandas em saúde de seus membros. Considera também a inserção destas famílias dentro de um território específico e em determinada comunidade. Para que esta estratégia pudesse ser efetivada neste cenário, houve um processo histórico de construção no qual surge uma figura importante na equipe dos trabalhadores da APS no SUS: o Agente Comunitário de Saúde.

Nas décadas de 70 e 80, surgem no Nordeste do país experiências exitosas com a os chamados auxiliares de saúde, que após receberem treinamento por parte dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais, passam a desenvolver atividades de saúde junto às famílias. Estimulavam que as mães e crianças passassem a frequentar rotineiramente a unidade básica de saúde para acompanhamento pré-natal e de puericultura, o que fez com que se observasse diminuição do atendimento de crianças na emergência hospitalar e também diminuição da mortalidade infantil. Recebendo avaliações positivas, na década de 90 tais experiências passaram a ganhar outros Estados e por fim todo o país, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, 2010).

“Ao levar as mães para os serviços de pré-natal e de puericultura, vacinar as crianças e estimular o aleitamento materno, a higiene e o uso do soro oral, o agente comunitário de saúde (ACS) fez cair, em todo o Brasil, a mortalidade infantil após a primeira semana de vida. Assim, cresceu o planejamento familiar, e muitos leitos pediátricos dos hospitais foram transformados para o atendimento aos adultos. Foram essenciais para esse sucesso o fortalecimento da democracia, a vitória sobre a inflação, a previdência rural, a elevação do salário mínimo, o aumento da escolarização e a própria Estratégia Saúde da Família.” (BRASIL, 2010, p.18).

No início da década de 90, o acesso aos serviços de saúde no Brasil continuava precário, sendo que aproximadamente 1.000 municípios brasileiros não tinham

nenhum médico atuando. O surgimento do PACS nesta época foi uma alternativa possível para melhorar as condições e os indicadores de saúde em todo o país. A existência desse programa foi fundamental para que em 1994 surgisse o Programa Saúde da Família. Ainda que com recursos financeiros escassos e nenhuma estratégia para preparação dos profissionais, tinha grande potencial para a reorganização dos serviços de saúde. Trazia as premissas da responsabilidade territorial e profissionais de saúde atuando em equipes cuja atenção estava voltada não somente aos indivíduos, mas suas famílias e comunidade, construindo vínculos de compromisso e corresponsabilidade. Foi uma proposta que trouxe a abordagem familiar e comunitária para o centro da organização da atenção à saúde, num momento em que habitualmente as práticas de saúde estavam majoritariamente organizadas pela abordagem individual e ações programáticas. Em 2006, o PSF deixou de ser considerado programa - com tempo determinado - passando a ser denominado Estratégia Saúde da Família, com caráter permanente e contínuo. Neste momento, o PACS passa a ser parte desta estratégia com o ACS integrando a equipe de saúde da família (BRASIL, 2010).

Como pressupõe a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, é neste nível de atenção onde pode-se pensar e construir estratégias de melhorias no atendimento em saúde da população migrante. Para tal, a equipe deve reconhecer as diferentes necessidades de cada grupo populacional e comunicar-se com eles. Este processo é facilitado pela integração dos membros da comunidade na equipe, pela figura do ACS. No entanto, nem sempre contemplam a população migrante do território, o que dificulta o conhecimento de sua cultura e da compreensão que estes têm sobre seu processo saúde-doença. Desta forma, fragiliza-se um atributo da Atenção Primária em Saúde tão importante para o atendimento à população migrante que é a competência cultural. (GIOVANELLA, 2012)

A população migrante pertencente à classe trabalhadora, encontra diversas dificuldades no atendimento e acesso aos serviços de saúde no SUS. Embora a maioria delas estejam relacionadas aos problemas estruturais da própria sociedade brasileira, são distintas àquelas encontradas pela população em geral. É possível

observar a inadequação dos fluxos de acesso à saúde para este grupo populacional. Dentre as barreiras que o migrante enfrenta para exercer seu direito à saúde estão com maior destaque as barreiras burocráticas, a exigência de documentação brasileira para cadastro na Atenção Primária à Saúde e a barreira linguística. Superadas estas barreiras, ainda resta uma de extrema importância que são as diferenças culturais entre usuário e trabalhador em qualquer tipo de atendimento, muitas vezes permeadas pelo preconceito e xenofobia (VELIS-ROJAS et al, 2019). Estas barreiras são muito relevantes ao se pensar o atendimento em saúde, sobretudo ao considerar o processo do adoecimento não apenas um fator médico-biológico, mas também um processo vinculado à história de vida do indivíduo e da sociedade. As condições que o determinam estendem-se às relações culturais, sociais, ambientais e também às subjetividades. Esta última barreira pode ser trabalhada através do desenvolvimento da competência cultural por parte dos trabalhadores da saúde. A competência cultural é um dos atributos derivados da APS que reconhece as características culturais dos grupos sociais, bem como suas diferentes necessidades e concepções do processo saúde-adoecimento. O reconhecimento das diferenças culturais por parte dos profissionais é essencial para um cuidado em saúde de qualidade e para a garantia da integralidade do cuidado. (BATISTA, 2016)

Gouveia et al. (2019) define a competência cultural na saúde como a “capacidade de realizar um cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso, de maneira compatível com as crenças e práticas culturais de saúde do usuário, e no idioma de sua preferência”. É o termo da intercultura que permeia as relações terapêuticas. Reconhecer as características culturais e o contexto socioeconômico de uma determinada população inclui a identificação e entendimento dos aspectos étnicos dos pacientes. No contexto da ESF, o desenvolvimento deste atributo deve estar presente em todos os trabalhadores da equipe de saúde. O desenvolvimento da competência cultural deve incorporar elementos distintos que vão além de um programa curricular, pois implica em uma filosofia de vida, uma forma de ver a sociedade e a humanidade como um entrelaçado diverso e dinâmico. É ser capaz de envolver a integração da consciência cultural, conhecimentos, encontros e desejos culturais no contato com o

outro (VELIS-ROJAS, 2019).

O pensamento biomédico, muito presente nos sistemas de saúde, considera a cultura como um elemento negativo ou um fator de risco. Muitos profissionais a utilizam para justificar a não adesão do indivíduo à terapêutica proposta, ao mesmo tempo que colocam os equipamentos em saúde e os serviços oferecidos com um papel hegemônico no cuidado à saúde. Incluir a dimensão cultural no cuidado em saúde compreendendo o outro desde o contexto de sua própria cultura trazem um olhar descolonizador à hegemonia biomédica (VELIZ-ROJAS, L. et al, 2019)

Portanto, é importante que os serviços da Atenção Primária em Saúde incorporem em suas práticas a dimensão cultural, pois assim desenvolvem no processo de ensino e aprendizagem comportamento e comunicação adequada ao atendimento de situações interculturais. Segundo Gusso e Lopes (2019), além das habilidades básicas de comunicação clínica, o profissional que atua na APS deve se esforçar para desenvolver um conhecimento cada vez mais amplo sobre a diversidade cultural presente na comunidade, o que inclui uma linguagem compreensível pela população, adaptada à realidade de cada paciente. Ações educativas fundamentadas nas premissas da educação permanente são essenciais para tal, pois ocorrem no próprio território de saúde. A cultura de uma determinada região também pode definir os valores e as crenças de sua população, onde pessoas diferentes podem enxergar a mesma situação de saúde de maneiras diferentes. (GUSSO e LOPES, 2019)

O desenvolvimento da competência cultural deve incorporar elementos que vão além de um programa curricular, pois implica em uma filosofia de vida, uma forma de ver a sociedade e a humanidade como um entrelaçado diverso e dinâmico. A presença de estrangeiros no território nacional traz contribuições importantes ao oportunizar a convivência com culturas distintas, e pelo exercício constante do respeito aos direitos humanos, processo que se dá na construção da cidadania destes migrantes. Como nos coloca Ventura e Yujra (2019), o debate da migração dialoga com as premissas de integralidade e intersetorialidade que a saúde deveria cumprir.

A integralidade é um conceito central na saúde coletiva, que se refere à provisão de cuidados de saúde de forma completa e abrangente, considerando o indivíduo em sua totalidade, em vez de focar apenas em aspectos isolados ou em doenças

específicas. (MERHY, 2002) No entanto, Costa (2004) sustenta que a integralidade seja vista não como um conceito, mas como um devir, um ideal regulador, um valor que se expressa na forma como os profissionais responderão aos pacientes que os procuram. A autora afirma que abrange desde a intersectorialidade, a abordagem ao paciente, até a organização dos serviços e acesso universal. Reconhecer o usuário migrante no serviço de saúde atribui direitos aos indivíduos nesta condição, incluindo o respeito às subjetividades presentes na relação entre os usuários e os profissionais de saúde. Cabe defender a integralidade como valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde no atendimento à população migrante, cuja expressão está na forma como responderão aos usuários migrantes que procuram os serviços de saúde.

Se a população migrante está identificada como presente em um território de saúde, é porque acessa os serviços. Sendo assim, cabem alguns questionamentos como quais serviços esta população acessa, se recebe uma atenção integral, e se não o faz qual o motivo. Outro questionamento é sobre qual o papel dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família na manutenção das barreiras de acesso, entre elas ao acesso à um cuidado integral. Ou ainda, quais são os afetos que sustentam estas barreiras nos profissionais de saúde com relação ao atendimento da população migrante, onde o preconceito possivelmente surge como um de seus pilares de sustentação. Merhy (2002), argumenta que a integralidade deve ser vista como uma produção micropolítica, ou seja, algo que é construído nas interações cotidianas e nas práticas de cuidado. Ele enfatiza que a integralidade não pode ser reduzida a uma prescrição normativa, mas deve ser entendida como um processo em constante construção, influenciado pelas relações de poder, pelos contextos institucionais e pelas práticas dos profissionais de saúde. É uma prática que deve ser produzida no dia a dia do trabalho em saúde, sendo, portanto, um elemento dinâmico e processual. A integralidade se desdobra em três dimensões principais: a organização dos serviços, a abordagem ao paciente e a articulação das práticas de saúde. (MERHY, 2002)

Campos (2014), além de valorizar a dimensão relacional do cuidado, também dá grande importância às estruturas organizacionais e aos modelos de gestão. Ele propõe o uso da metodologia Paideia, que envolve a gestão compartilhada dos processos de trabalho em saúde como essenciais para a integralidade do cuidado e para a

construção de vínculos duradouros e eficazes. Esta prática no atendimento à população migrante é fundamental para a construção do vínculo, que segundo Campos (2003) é um dos principais meios para uma prática clínica de qualidade, sendo um recurso terapêutico muito útil na APS. O conceito de vínculo indica interdependência, relações com duplo sentido de compromisso entre profissionais de saúde e usuários que dependem de ambos. Por parte da equipe de saúde, a construção do vínculo depende do modo como esta se responsabiliza tanto pela saúde coletiva de uma comunidade como com a saúde individual, particularmente daqueles mais vulneráveis. E por parte dos usuários, quando eles têm a percepção de que a equipe pode contribuir de algum modo para defender sua saúde, relacionada ao conceito de saúde que este traz. Ressalta-se que a percepção de saúde difere entre os indivíduos em dependência de, entre outros fatores, os culturais.

O autor propõe que o método Paidéia possibilita atenuar algumas contradições do serviço pelo envolvimento de usuários e familiares para a produção da sua própria saúde em um processo de cogestão. Afinal, considera-se que "o usuário possui um conhecimento privilegiado sobre seu sofrimento e sua própria vida" (CAMPOS *et al*, 2014 p.8). A cogestão expressa a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise, decisão, formulação e pactuação de tarefas e aprendizado coletivo. Dentro desta metodologia, está o arranjo da clínica ampliada, uma ferramenta teórica e prática que nos permite compartilhar o projeto terapêutico entre os trabalhadores e os usuários. Sua construção é uma transformação da atenção individual e coletiva que considera outros aspectos do sujeito para além dos biológicos. Assim, permite contemplar a especificidade deste grupo vulnerável em particular - os migrantes. Esta metodologia surge no sistema de saúde público brasileiro com a Política Nacional de Humanização do SUS - de 2003 - e baseia-se na escuta reconhecendo o saber, o interesse e o desejo das pessoas. É uma prática dialógica, negociada e menos prescritiva, que não desconsidera a importância das recomendações baseadas em evidências, nem da qualificação técnica.

O migrante, embora tendo sua saúde influenciada pelos planos socioeconômicos e culturais, apresenta agravos e doenças em última instância, que se expressam nos sujeitos concretos. Neste sentido, a clínica ampliada nos permite

negociar algumas reduções de danos e, junto aos sujeitos, maiores graus de responsabilização e autonomia no cuidado à saúde. Campos (2003) afirma que as transformações em direção à cogestão e à clínica ampliada devem preferencialmente buscar um trabalho processual de aprendizado coletivo, mais do que mudanças abruptas. Se considerarmos o grupo dos migrantes residentes no território como agentes de saúde da sua própria família ou agrupação, podemos encontrar lideranças que auxiliem no cuidado e na aprendizagem da equipe de saúde para lidar com as barreiras que estão postas.

Neste sentido, a proposta da gestão da clínica no atendimento à população migrante no SUS partindo da sensibilização dos trabalhadores da ESF, como uma atividade de educação permanente, pode trazer luz a este debate. A teoria da educação popular em Paulo Freire é valiosa para se pensar tanto nas ações de promoção de saúde quanto na prática formativa dos profissionais. Nos traz um conceito de que para mudar a sociedade é necessário saber mudá-la. Se não estudamos a forma de fazê-lo, acabamos por reproduzir relações de dominação nas quais fomos forjados e herdamos, e nos perdemos no processo. (CECCIM, 2007) A garantia de direitos mais amplos à esta população vulnerável traz a necessidade de que o migrante seja parte ativa desta atividade formadora, valorizando a Educação Popular e seus princípios. Portanto, ao se pensar como fazê-lo se faz necessário buscar estratégias formativas coletivas, como propõe o conceito de Educação Permanente.

A Educação Permanente foi instituída pelo Ministério da Saúde como proposta de formação de recursos humanos para fortalecimento do SUS. Ela parte da compreensão de que a educação dos profissionais da saúde deve ser um processo que acompanha as constantes mudanças no setor. Este processo deve ser permanente e interdisciplinar, para que repercuta na concretização da responsabilidade técnico-científica, social e ética do cuidado, bem como do acompanhamento humanizado em saúde. Garantir este processo nos distintos territórios de saúde, sem deslocar o profissional da realidade que o circunda, é tanto uma necessidade como um desafio para a educação permanente. É necessário iniciar pelo aprender a aprender, trabalhar em equipe, construir cotidianos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. A educação permanente considera que para produzir mudanças

na gestão e atenção devemos ser capazes de dialogar com as concepções vigentes e problematizá-las de forma concreta em cada equipe e então construir novos pactos de convivência e práticas. (CECCIM, 2005)

Portanto, a proximidade da equipe de saúde com a população vulnerabilizada do território pode ser capaz de ir além de conhecer quais demandas em saúde esta população apresenta, ou do enfrentamento das barreiras de acesso. Permite conhecer suas histórias de vida e migração, aprender com o próprio usuário, acolher e ser acolhido. Este trabalho não pretende apresentar conclusões advindas de afirmações definitivas, mas por sua vez convida o leitor a refletir livremente e tirar as suas próprias conclusões a respeito das questões apresentadas, permitindo que atinjam maior amplitude.

2. OBJETIVO GERAL

Construir ações para sensibilização da equipe de saúde da família de um território para o acolhimento da população migrante.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar coletivamente a compreensão dos profissionais sobre a competência cultural na atenção da população migrante.
- Analisar as dificuldades da Atenção Primária à Saúde para o acesso da população migrante.
- Desenvolver ações colaborativas para o melhor acolhimento deste grupo populacional.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa parte da necessidade de ações voltadas ao atendimento da população migrante com o seguinte questionamento: é possível a equipe de saúde da família organizar estratégias guiadas pelo desenvolvimento de competência cultural, em um processo formativo envolvendo o usuário do serviço e partindo da sua demanda?

Em meio a tantas possibilidades de se construir uma pesquisa científica, optou-se de maneira consciente e intencional pela realização de uma pesquisa-ação qualitativa exploratória. A escolha da pesquisa-ação se deu devido a seu caráter participativo e democrático, que favorece transformações em seus participantes à medida que proporciona ao pesquisador testar hipóteses mais amplas sobre um fenômeno de interesse. A busca de soluções às barreiras enfrentadas pela população migrante no SUS tem na pesquisa-ação dois elementos fundamentais: ser útil em contextos onde a mudança é necessária, e onde as soluções não podem simplesmente ser aplicadas de forma unilateral. Ela enfatiza a parceria e co-construção de conhecimento, visando a criação de resultados sustentáveis e alinhados às necessidades reais dos participantes. Esta metodologia permite envolver os membros da comunidade na investigação e na implementação de melhorias em um determinado contexto, partindo da premissa de que a pesquisa e a ação podem se complementar e serem mutuamente benéficas. (AGUIAR e ROCHA, 2007)

As principais características da pesquisa-ação são a participação ativa - onde os participantes são envolvidos em todas as etapas do processo, a cooperação entre participantes e pesquisadores, a reflexão crítica, a transformação social e a abordagem cíclica. O processo de pesquisa-ação geralmente envolve ciclos repetidos de planejamento, ação, observação e reflexão, permitindo a contínua adaptação e melhoria das intervenções realizadas. Estas dialogam também com o referencial escolhido - o método Paidéia - onde ações legitimam a atuação dos sujeitos pela colaboração entre pesquisadores e pessoas participantes com o objeto de estudo. Para

tal serão utilizados os arranjos da clínica ampliada e as características da educação permanente pela realização de ações interdisciplinares, participativas, partindo de problemas reais do território de saúde e buscando a cogestão dos mesmos.

3.1 O CAMPO

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Karla no município de Pinhais - PR, localizado na Região Metropolitana de Curitiba. Sendo o mais próximo da capital do estado, é considerado um município pequeno e possui uma estimativa populacional de mais de 127 mil habitantes segundo o censo do IBGE, realizado em 2022. Possui a 12ª maior arrecadação do Paraná e um grande polo industrial, com aproximadamente 11 mil empresas. A Rede de Saúde do Município é constituída por estabelecimentos públicos e privados, estando associada ao Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná - COMESP. A APS no Município está organizada em onze Unidades Básicas de Saúde, todas regidas pela Política Nacional de Atenção Básica e organizadas pela Estratégia de Saúde da Família. Possui uma cobertura municipal de equipes de saúde da família de 86%, com um padrão de estrutura física nas Unidades Básicas de Saúde que comporta de duas a três equipes por local.

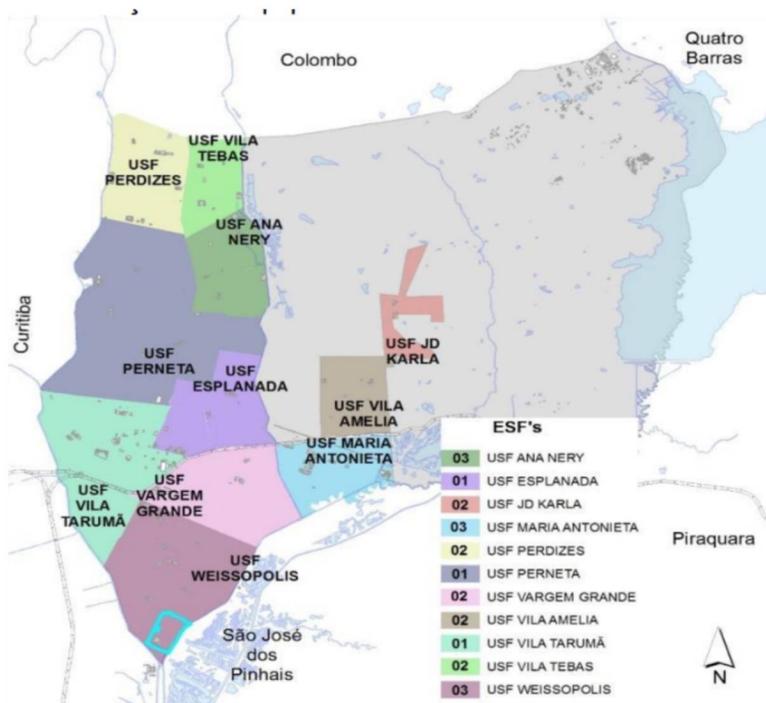


Figura 2. Distribuição das Equipes de saúde da família em Pinhais. Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2021

Inaugurada em 2016, a UBS Jardim Karla possui 13.419 pessoas cadastradas, possuindo duas equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal. A área de abrangência está composta pelos bairros mais afastados com relação ao centro da cidade: Jardim Karla, Parque das Nascentes e Alphaville Graciosa. O bairro Jardim Karla, onde está localizada a UBS, tem aproximadamente 35 anos desde sua formação. Os primeiros moradores vieram de Curitiba, deslocados pelos altos custos de moradia na capital do estado. A formação inicial do bairro se dá por meio de loteamento de chácaras, resultando em terrenos amplos e longes do centro da cidade, ainda hoje de difícil acesso e escasso transporte público. Inicialmente, não havia grandes centros de trabalho próximo ao bairro, e segundo relato dos moradores essas características motivaram que muitos buscassem como fonte de renda a construção de pequenas moradias em seus terrenos, para locação. Estas pequenas moradias acabam atraindo novos moradores ao bairro, em busca de facilidade contratual e baixo custo de aluguel. Com os anos algumas mudanças foram ocorrendo, como alguns

comércios locais que empregam os moradores e mais recentemente um grande centro de distribuição dos correios - que está localizado no bairro vizinho. Gerido por uma empresa terceirizada, é o principal centro de trabalho para a população jovem do bairro. Com isso, hoje existem também pessoas que vieram da região metropolitana, de outras cidades do estado do Paraná, e mais recentemente migrantes estrangeiros atraídos por estas características do território.

Segundo os dados do cadastro do SUS - obtidos no sistema de informação municipal em junho de 2023 - o município possuía 0,79% de indivíduos cadastrados com nacionalidade estrangeira, sendo na UBS Jardim Karla 148 estrangeiros, dos quais tinham como nacionalidades mais numerosas 75 venezuelanos e 17 cubanos. Corroborando a estimativa de aumento dos migrantes no território nacional, os dados mostraram que haviam cadastrados na UBS em julho de 2024 um total de 234 usuários com nacionalidade estrangeira, mantendo o predomínio das duas nacionalidades supracitadas com 143 venezuelanos e 21 cubanos. A maioria dos migrantes acessa os serviços da UBS por busca direta ao chegar no território. Alguns o fazem motivados por necessidade de atendimento médico, outros por necessidade de obter um comprovante de endereço e de situação vacinal atualizada - documentos que são exigidos, por exemplo, para matrícula na escola municipal que está localizada próxima à UBS.

O público-alvo da pesquisa-ação são os trabalhadores da unidade de saúde e usuários do serviço que sejam migrantes. Os aspectos éticos da pesquisa serão garantidos mediante o direito à não-participação, e assinatura por parte dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa CEP/SD mediante o parecer consubstanciado de número 6.071.007 em 22 de maio de 2023.

3.2 MINHA IMPLICAÇÃO

Sou médica de família e comunidade, estando nesta mesma UBS há 6 anos, onde desenvolvi vínculos tanto com os outros trabalhadores da equipe como com os

usuários. Impulsionada pela certeza de que o poder público deve voltar seu olhar para esta população vulnerabilizada, o interesse pela pesquisa também passa pela minha trajetória pessoal e profissional. O tema da migração entra em minha história quando vivi por 6 anos no exterior, onde fiz minha graduação. Estudei na Escola Latinoamericana de Medicina, um projeto social de formação de médicos estrangeiros em Cuba onde reuniam-se diversas nacionalidades e em sua maioria latinoamericanas. Neste processo pude conviver e aprender sobre idioma, costumes e outros aspectos culturais não somente do país que me recebeu, mas também dos meus colegas de outras nacionalidades, e outros migrantes que lá viviam. Ao retornar ao Brasil, participei junto a movimentos sociais de ações em áreas de ocupação urbana na região metropolitana de Curitiba, onde vivem muitos migrantes. Ali pude compreender um pouco mais de suas necessidades e lutas. Com o intuito de colocar o fenômeno sob análise, assumo o envolvimento intelectual e afetivo com o projeto e com seus participantes. Entendo que meu protagonismo deva ser explorado como fonte de informações importantes para a análise que se pretende fazer adiante.

3.3 AS AÇÕES DESENVOLVIDAS

As atividades nas quais consiste a presente pesquisa-ação partiu das diferenças culturais e problematização do atendimento em saúde, para a sensibilização dos trabalhadores da equipe sobre o tema da migração, identificando ações que visem a solução dos problemas encontrados. Neste sentido, o desenho da pesquisa contempla vários momentos, conforme Thiollent (1986). A pesquisa-ação é uma abordagem flexível e adaptável, e as etapas podem ser ajustadas de acordo com as necessidades e características específicas de cada contexto de pesquisa. As fases da pesquisa-ação podem variar ligeiramente dependendo do contexto específico. O autor propõe cinco fases da pesquisa-ação: fase exploratória, fase de planejamento, fase de ação, fase de avaliação e revisão crítica (THIOLLENT, 1986). Estas fases são realizadas várias vezes e conectadas em um processo não linear, em um constante vai e vem. (GIL, 2002)



Figura 3. Ciclo da pesquisa-ação. Fonte: próprio autor.

Neste percurso de sensibilização da equipe de saúde, como previsto na teoria da Educação Permanente as atividades foram realizadas durante a rotina de trabalho da UBS. Além das ações ocorrerem no território sem necessidade de deslocar o trabalhador, devem ser contínuas, e relacionadas ao cotidiano dos trabalhadores. Portanto, foram planejadas em atividades que ocorrem habitualmente, sequenciais e cíclicas nestes três formatos, conforme segue.

A - Visita domiciliar à população migrante.

O primeiro momento planejado foram visitas domiciliares do ACS aos migrantes residentes em sua microárea, conduzidas colaborativamente pela pesquisadora e no idioma do migrante. Nesta, foi realizada a mediação do trabalho do ACS e abordados temas comum a ambos, sobre os serviços de saúde e outros assuntos pertinentes à visita domiciliar do ACS. Estas ocorreram de forma contínua durante o processo da pesquisa, e objetivaram visitar todas as microáreas com usuários migrantes no território, em dependência da possibilidade de acesso aos domicílios e aos usuários.

B - Apresentação da pesquisa na reunião de equipe

Em um segundo momento, foi realizada a apresentação da proposta da pesquisa na reunião de equipe, em um primeiro momento de sensibilização da equipe com relação à temática. Os temas abordados nesta reunião foram: xenofobia, migração, vulnerabilidade, competência cultural e gestão da clínica. Para tal, utilizou-se a mesma dinâmica das reuniões de equipe onde o coordenador do espaço traz o tema, introduz e abre para discussão entre os trabalhadores da equipe, fazendo encaminhamentos sobre as próximas etapas e determinando os responsáveis pelas ações.

C - Atividade coletiva com os migrantes na UBS

O terceiro momento foi uma atividade coletiva onde convidou-se os usuários que são migrantes a comparecerem até a unidade de saúde. Assim como os trabalhadores haviam tido um momento de debate e reflexão apenas entre a equipe, nesta etapa a intenção era fazê-lo também com os usuários migrantes. Nela, seguindo o formato utilizado nas demais atividades coletivas da unidade de saúde, os participantes migrantes compartilharam seus relatos e vivências sobre ser migrante e suas experiências com o serviço de saúde no país. Foi planejada com objetivo de levantar possibilidades de arranjos da clínica a serem propostos no momento seguinte. O formato utilizado foi de oficina com roda de conversa que permite aos presentes serem protagonistas desta atividade. Para auxiliar na condução e organização do espaço, determinou-se na etapa B dois Agentes Comunitários de Saúde, como é feito normalmente com as atividades coletivas na UBS. Os migrantes foram convidados amplamente, por meio de visita domiciliar, convite impresso e via aplicativo de mensagens de celular da UBS.

D - Reunião de equipe ampliada

No quarto momento, participantes dos momentos B e C em um processo de construção de vínculo, participaram da reunião de equipe ampliada. O objetivo foi a sensibilização de todos os trabalhadores, através do compartilhamento de histórias dos

usuários migrantes, culinária e música. Também foram socializados os debates dos momentos anteriores e frente a problemática que surgiu, pensar arranjos para sua superação com plano de ações.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de observação participante. Segundo Fernandes e Moreira (2013), o método surge na antropologia trazendo elementos que embora observáveis no dia a dia, não eram considerados pelos sujeitos. Estes elementos são ricos em significado para a compreensão dos aspectos culturais do grupo estudado. O processo desta investigação como pesquisa social objetivou produzir mudanças nos participantes, bem como elaborar uma pesquisa colaborativa e coletiva. Na observação participante, o pesquisador interage modificando-se mutuamente com seu objeto de estudo, onde o conhecimento se produz nesta interação sem que signifique produção de viés (AGUIAR e ROCHA, 2007). A escolha considera as etapas da pesquisa-ação a serem realizadas, e o fato da proposta surgir da pesquisadora que é também parte desta equipe de saúde. O registro das etapas acima foi através do Diário de Campo, instrumento que é a base documental de muitas etnografias, e permite o registro das impressões observadas longitudinalmente no processo independente do tamanho do universo populacional. Ainda que as informações contidas neste registro não sejam a priori consideradas um dado científico, distinguindo-se de outros métodos de coleta de dados das pesquisas qualitativas, possibilita registrar elementos inesperados que possam surgir no processo formativo (CACHADO, 2021). É um método que se adequa muito bem à observação participante e ao desenho da pesquisa-ação proposta.

Ao longo do processo dialético que consiste a pesquisa-ação surgiu a necessidade de diversificar os instrumentos de coleta de dados. Ao realizar as etapas de aproximação, encontrou-se na comunidade alguns núcleos de migrantes cubanos que concordaram em participar na pesquisa. Com um vínculo instantaneamente

estabelecido, devido à minha vivência prévia em Cuba, surge a necessidade de coletar percepções de outros trabalhadores que estavam em contato direto e mais próximo com migrantes pela primeira vez. Neste momento da pesquisa, uma categoria profissional da equipe de saúde da família já mostrava maior envolvimento com as ações e participação em todas as suas etapas: as Agentes Comunitárias de Saúde. Com a necessidade de coletar também as percepções das ACSs com relação aos migrantes e às ações que estavam sendo realizadas no território, optou-se por acrescentar um grupo focal com as ACSs. No contexto dos grupos focais, Minayo (1996) enfatizou sua importância como uma técnica que permite explorar questões complexas e compreender as percepções e experiências dos participantes de forma mais aprofundada. Os grupos focais são particularmente úteis quando o objetivo da pesquisa é compreender os aspectos sociais, culturais e subjetivos de determinado fenômeno, além de permitir a captação de informações contextualizadas e ricas em detalhes.

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS E REFERENCIAL DE ANÁLISE

Após o registro em diários de campo e transcrição do grupo focal, foi realizada a análise lendo os mesmos de forma imersiva para se familiarizar com o material. Posteriormente foram identificados os temas, tópicos e eventos relevantes que emergem dos relatos do observador participante para proceder à categorização do conteúdo. As categorias são conjuntos de unidades de análise que compartilham características ou significados semelhantes. Para tal, os diários de campo e a transcrição do grupo focal foram divididos em partes menores, como eventos, episódios ou experiências específicas. Pela identificação dos elementos que compõem cada parte, através da criação de uma planilha em Excel® buscando compreender o contexto mais amplo em que os eventos e experiências descritos nos diários de campo ocorreram.

Como referencial teórico, Minayo (1996) ressalta que a hermenêutica é uma abordagem profunda e contextualizada que permite aos pesquisadores explorarem as complexidades dos fenômenos estudados, onde as experiências individuais e sociais desempenham um papel crucial na compreensão dos temas de pesquisa. Especialmente quando se trata de fenômenos sociais e de saúde, considerando as influências culturais, sociais e históricas que moldam as percepções e experiências dos participantes.

Considerando o desenho da pesquisa e a observação participante, a hermenêutica reconhece a subjetividade do pesquisador na análise dos dados. Os pesquisadores trazem suas próprias experiências, conhecimentos e perspectivas para a interpretação dos dados, o que é visto como uma parte integral do processo de compreensão. Envolve a exploração das camadas de significado presentes nas narrativas dos participantes, incluindo as nuances e as contradições. As reflexões contínuas sobre as interpretações que estão emergindo incluem questionar suas próprias suposições e estar aberto a diferentes perspectivas e possibilidades de interpretação. A hermenêutica também é abordada como uma perspectiva crítica, na qual os pesquisadores estão atentos às estruturas de poder, às relações sociais e às influências políticas que podem afetar as interpretações dos dados (MINAYO, 1996).

Almeja-se assim, compreender as experiências e perspectivas apresentadas à luz dos conceitos hermenêuticos. A compreensão é um processo dialógico e reflexivo que pode ser aplicada para interpretar como o observador participante constrói significados em seus relatos. Compreender não seria somente capturar um significado, mas posicionar-se diante de uma série de possibilidades interpretativas a ele projetadas. O estudo do fenômeno da compreensão e da linguagem vai para além de uma abordagem metodológica, "ser é compreender-se." (AYRES, 2005)

Assim, na hermenêutica filosófica a compreensão é vista como um processo onde o intérprete busca captar o sentido dos fenômenos, considerando seu próprio horizonte de compreensão e o horizonte do objeto ou texto em questão. Segundo Ayres (2005) apud Minayo (2002) não é excludente à hermenêutica crítica.

Embora a questão central da filosofia hermenêutica, tal como desenvolvida por Gadamer, não tome como seu objeto de investigação a ação social, em si mesma, parece claro que também faz parte dos fundamentos de sua proposta filosófica um compromisso prático de transformação que gera a necessidade de distanciamento crítico. (AYRES, 2005 p.6)

De acordo com Gadamer, a interpretação é um diálogo contínuo entre o intérprete e o texto ou fenômeno estudado. Ele propõe o conceito do "círculo hermenêutico", onde as partes são compreendidas em relação ao todo e vice-versa, formando um movimento circular que enriquece a compreensão progressivamente. Nesse sentido, a interpretação dos diários de campo ocorre permitindo que as partes individuais se relacionem com o contexto geral das experiências relatadas (AYRES, 2005).

Outro conceito importante de Gadamer é a "fusão de horizontes", ou seja, produzir compartilhamentos, familiarizar-se e apropriar-se dos aspectos do outro que até então eram desconhecidos. Essa integração possibilita uma compreensão mais profunda e enriquecedora das experiências relatadas nos diários de campo. Não é suficiente apenas fazer o outro falar sobre aquilo que o profissional de saúde sabe que é relevante saber. Faz-se necessário ouvir o que o outro mostra como indispensável que ambos saibamos, para alcançar os sucessos práticos desejados (AYRES, 2007).

4. RESULTADOS

[...] você tem que entender
que ninguém coloca seus filhos em um barco
a menos que a água seja mais segura que a terra
Ninguém abandona a sua casa a menos que a casa
Seja uma voz suada no seu ouvido
Que sussurra – Foge [...] (Warsan Shire)

Os dados a seguir são provenientes dos diários de campo, e estão separados pelas categorias identificadas em ambos instrumentos de coletas. É válido ressaltar que os dados provenientes do grupo focal com as ACSs aparecem sempre identificados e em citação direta, pois seu intuito foi o de complementar os dados obtidos no diário de campo da pesquisadora.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo usuários do serviço que são migrantes, e os trabalhadores da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde que estiveram no cenário de prática neste período. Quanto aos usuários migrantes, tratou-se de duas mulheres e um homem que participaram diretamente das atividades realizadas na unidade de saúde. Nos momentos que as atividades aconteceram no espaço da reunião de equipe, estiveram presentes profissionais de todas as categorias profissionais que compõem a equipe. São elas: dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar de odontologia, técnico de enfermagem, enfermeiras, médicos, recepcionista e auxiliar administrativo. Estiveram presentes em todas as atividades propostas mais ativamente os Agentes Comunitários de Saúde das duas equipes, que durante o período de pesquisa eram oito mulheres no total, com idades entre 43 e 50 anos. Em seu relato, o tempo de atuação profissional como agente de saúde no território varia entre 17 a 6 anos.

4.2 PLANEJAMENTO DA ESTRATÉGIA

A presente pesquisa iniciou com o intuito de buscar soluções e construir arranjos para o enfrentamento da problemática das barreiras de acesso enfrentadas pela população migrante ao acessar os serviços de saúde. Através da metodologia da pesquisa-ação, tinha como objetivo inicial envolver a equipe dos trabalhadores da UBS neste processo, para que em uma construção coletiva com os usuários migrantes do território trouxesse soluções para tal.

Em um primeiro momento, pensou-se em desenvolver todas as atividades no espaço das reuniões de equipe. Sua estrutura permitiria trazer diversas vezes a pauta da saúde do migrante ao longo do tempo previsto para o desenvolvimento da pesquisa, colocando-o como pauta rotineira sem interferir nas outras pautas da UBS, naturalizando o tema entre os trabalhadores. Este formato permitiria convidar diversas vezes usuários migrantes para participar do espaço. No contexto do município, é a nível de departamento de Atenção Primária onde se planejam as reuniões de equipe e sua periodicidade. É assegurado o fechamento da UBS para o atendimento ao público durante as reuniões, pois elas envolvem todos os trabalhadores. Nesta UBS não existe a reunião por área, apenas a reunião geral da unidade de saúde. O início do planejamento da pesquisa coincidiu com a retomada das reuniões de equipe após a pandemia Covid-19¹. Ao longo dos meses, algumas modificações na dinâmica das reuniões de equipe - que eram devidas ao retorno gradual - perpetuaram. Neste retorno havia uma grande demanda reprimida de atendimentos à população que foram priorizados com relação a atividades de planejamento e gestão da clínica. As reuniões retornaram em menor quantidade e com tempo de duração reduzido. Cada reunião

¹ Durante o enfrentamento da pandemia da Covid-19, as Unidades Básicas de Saúde do município se transformaram em unidades de atendimento de sintomáticos respiratórios. Neste período, as ações programáticas e de planejamento foram suspensas. Estas mudanças afetaram o cotidiano e as atividades de todos os trabalhadores da unidade. Os atendimentos clínicos ficaram restritos às situações de urgência e emergência. Os agentes comunitários de saúde assumiram tarefas apenas internas da unidade. As visitas domiciliares e as atividades coletivas foram suspensas. Este período não foi uniforme, mas a retomada completa das atividades anteriores à pandemia se deu apenas no ano de 2023, coincidindo com o início da pesquisa.

apenas comportava um tema por vez, ocorria duas vezes ao mês sendo cancelada sem reposição em caso de feriado ou ausência da coordenação da UBS. Neste cenário, garantir o espaço para abordar o tema não foi fácil. Muitas reuniões previstas nos próximos meses já estavam reservadas para capacitações externas planejadas por outros setores da secretaria de saúde. Conseguiu-se pactuar duas reuniões para a pauta com a coordenação local.

A estratégia de utilizar somente a reunião de equipe para realização das ações se viu fragilizada, necessitando de outros momentos de atividades da UBS. Afinal, o tema da saúde do migrante nunca havia sido abordado formalmente entre os trabalhadores. Antes mesmo do início da pesquisa, os trabalhadores já haviam tido contato em diferentes momentos com migrantes, não apenas durante suas atividades laborais, mas na vida cotidiana em geral. Já existiam usuários migrantes há mais tempo no território, mas a equipe não via como um grupo populacional expressivo ou vulnerável.

"É que aqui na nossa área faz pouco tempo que eles têm vindo, assim, em grande quantidade. Agora que tá aumentando."

"Eu era preconceituosa. Eu achava que eles recebiam um auxílio financeiro do governo. Achava injusto porque aqui já falta dinheiro para tantos. Não era maldade minha, ou falta de humanidade. Era por esta questão de aqui também ter pobreza. Para mim eles estavam vindo aqui só para ganhar um dinheiro fácil, e era uma verdade. " (ACS - Grupo Focal)

Desde o início do planejamento, surgiu a necessidade de conversas recorrentes com os trabalhadores e contato continuado com os migrantes para a sensibilização da equipe. Estes momentos ocorreram em outros espaços além das reuniões de equipe. No cenário da APS, rodas de conversa espontâneas são habituais e frequentes. Nelas, os trabalhadores discutem temas pertinentes ao cotidiano da unidade de saúde, à gestão do cuidado e também buscam soluções aos problemas encontrados. As trocas entre a equipe ocorrem com maior ou menor frequência dependendo da categoria profissional, fortalecidas pelo fato de muitas tarefas serem coletivas. Sem dúvida onde mais ocorrem é entre as Agentes Comunitárias de Saúde e na sala onde elas ficam - justamente a sala de reunião - que acaba sendo um espaço de convivência. Foi ali

onde iniciou-se o processo de sensibilização. Já no planejamento da estratégia, as ACSs foram se envolvendo cada vez mais na pesquisa e tornaram-se a categoria profissional protagonista nas diversas ações na UBS relacionadas aos migrantes.

"Comecei a conversar com as agentes comunitárias de saúde. Uma motivação era que eu precisava identificar quem seriam os migrantes dispostos a participar da reunião de equipe. Todos os dias, estão ali reunidas pela manhã, pois apenas iniciam as visitas ao território mais tarde: "para não tirar as pessoas da cama, antes das 10 horas eles nem nos atendem". Foram diversas conversas muito produtivas. Eu pegava meu cafézinho e sentava ali com elas como quem não quer nada, ouvindo e puxando o assunto sobre as ações da pesquisa. Foi a partir daí que começamos a ir aos domicílios de usuários migrantes nos dias das visitas domiciliares em cada microárea." (Diário de Campo)

As Agentes Comunitárias de Saúde não visitam todos os domicílios do território mensalmente, mas o fazem quando se trata de algum grupo populacional específico ou uma família vulnerável. Outras visitas mensais ocorrem se necessitam entregar algum agendamento de consulta e exame, fazer alguma busca ativa entre outros motivos. Eram nestas ocasiões que visitávamos os migrantes. As visitas dependiam de as ACSs conhecerem seu território e identificar onde haviam famílias de usuários migrantes, bem como de existir alguma demanda de visita relacionada a eles. Ao longo dessas visitas eu convidava os migrantes a participar da pesquisa nas ações da UBS.

Além das visitas domiciliares, a outra ação prevista na UBS visava reunir apenas os trabalhadores e abordar o tema de saúde e migração, sob o viés do atributo da competência cultural na APS. Muitos trabalhadores já tinham sido abordados individualmente nos espaços de convivência, mas não todos. Para contextualizar sua realização no espaço da reunião de equipe, explicou-se o conceito de educação permanente, diferenciando-o da educação continuada. Como o objetivo inicial da pesquisa era que os trabalhadores fossem capazes de propor ações junto aos migrantes para melhorar o atendimento a eles, encerrou-se o espaço apresentando a gestão da clínica. Para sensibilização inicial, foi utilizado um vídeo institucional da Prefeitura de São Paulo. Era uma campanha de combate à xenofobia que trazia a consigna "Somos todos migrantes". Neste vídeo apareciam usuários, trabalhadores e gestores do SUS contando sua trajetória de migração individual ou na família.

Outra ação que surgiu ao longo do planejamento, foi uma estratégia de aproximação dos migrantes com a unidade de saúde. Este momento se fez necessário por vários motivos. O primeiro deles foi o fato de que tínhamos apenas uma reunião de equipe unindo todos os trabalhadores e os usuários migrantes convidados. Era necessário deixar os usuários - que seriam minoria no local - um pouco mais a vontade. O segundo é que estar mais à vontade neste caso incluía temas bem complexos como preconceito, xenofobia e vulnerabilidade. Buscava-se com isto otimizar o encontro e garantir ampla e segura participação para os usuários. Para tal, pensou-se numa atividade para familiarizá-los com o tema e verificar quais eram suas demandas relacionadas ao serviço de saúde, e observar se eles já tinham vínculo com a UBS e ir fortalecendo-o. Inicialmente a ação foi pensada para ir em direção aos migrantes, reunir-se com eles mais próximo à comunidade. Por fim, realizamos no espaço físico da UBS, onde muitas ações comunitárias acabam ocorrendo.

"Aqui no nosso bairro falta um centro de convivência para todo mundo. Tanto para os nossos como para "os de fora". Acho que seria ótimo se tivesse. Para reunir todo mundo e eles interajam com os daqui." (ACS - Grupo Focal)

A data e horário foram determinados conforme a disponibilidade da unidade de saúde, sem interferir nas atividades habituais. Foi proposto e pactuado com a gestão um sábado pela manhã, com duas ACSs participando. Como todas as atividades coletivas são planejadas pelas ACSs, foi com elas que esta atividade foi planejada. A proposta foi realizar um dos chamados grupos da APS². Elas propuseram fazer a divulgação da atividade como a fazemos nas demais atividades coletivas da UBS. Foi realizado um cartão de divulgação impresso para ser entregue pela equipe de ACS durante suas visitas domiciliares e este cartão foi também encaminhado digitalmente para os usuários migrantes. Esta divulgação e convite aos migrantes dependia muito da equipe, e principalmente das ACSs conhecer e ter vínculo com os migrantes de suas microáreas. Eu não via nos dias anteriores um clima de grande mobilização, que é o que normalmente garante a ampla participação das atividades coletivas na UBS. A

² Atividades de grupo na APS são ações popularmente conhecidas por reunir um determinado grupo populacional (gestantes, portadores de doenças crônicas não-transmissíveis, ou neste caso migrantes) e trazê-los à UBS para, com auxílio dos profissionais de saúde, abordar algum tema de interesse comum voltado ao cuidado à saúde. É um espaço de prevenção em saúde.

ACS que possuía mais vínculo com os migrantes estava de férias naquelas semanas, este fato contribuiu dificultando contato com outros migrantes. Para o dia, uma das ACSs propôs uma dinâmica onde através desta cada migrante retrataria uma dificuldade ao chegar no país e o que mais gostou. Outra ACS mencionou que era importante fazer um café para recebê-los no local. "Toda atividade nossa tem que ter comida, vamos fazer o café que sempre fazemos, com bolo e sanduíche"- disse. Após a roda de apresentação e dinâmica, iríamos trazer as demandas em saúde organizando em três eixos principais: democratização, desburocratização e adequação.

No dia, a dinâmica do espaço se modificou. Poucos migrantes apareceram, na verdade apenas as duas que eu havia conversado e criado vínculo. Traziam consigo um acompanhante. Assim, iniciamos com uma roda de conversa em espanhol onde fui perguntando e os presentes contaram um pouco de suas histórias migratórias e como eram suas vidas em seu país de origem. Contaram também como foi a experiência deles no primeiro contato com os serviços de saúde no Brasil. As ACSs começaram a perguntar mais sobre os costumes, sobre a cultura e outras curiosidades dos países de origem deles. Após este momento onde já estavam mais integradas, surgiram as sugestões de melhorias dos serviços de saúde, voltando um pouco mais ao formato inicialmente pensado. No final da atividade, entre os presentes foi planejado como seria então a reunião de equipe ampliada que foi a atividade que seguiu. Para a reunião ampliada igualmente pensou-se em um roteiro, incluindo a apresentação de elementos da cultura dos migrantes - música, comida, elementos representativos - como estratégia de aproximação.

4.3 AÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO

As conversas na sala dos ACSs foram ocorrendo em diversos momentos com o intuito de sensibilizar os trabalhadores. Outra ação sensibilizadora foi a realização das visitas domiciliares. Ao longo das conversas, ficou claro que seria necessária uma ação inicial onde a equipe de saúde fosse até os migrantes. Afinal, poucas ACSs relataram

nas conversas saber sobre os migrantes em sua microárea, ou já ter vínculo com eles. Temos um dia fixo para realizar visitas domiciliares da equipe, após as visitas domiciliares agendadas íamos nas casas dos usuários migrantes. A primeira microárea visitada na ocasião foi por motivo de confirmação de um endereço³. A ACS disse que se tratava de uma família venezuelana, e disse que era a primeira e única família de migrantes venezuelanos que tinha na microárea. Quando chegamos no endereço fomos logo entrando, pois a ACS conhecia o terreno. O proprietário era outro morador conhecido seu, que tinha vários kitinetes para locação. Ao chegar no local eram 5 moradias, cada uma ocupada por 1 família de migrantes cubanos que já estavam no endereço há alguns meses, exceto a família que fomos para confirmar o endereço, que havia chegado no bairro há 15 dias. Também era cubana. A ACS não tinha cadastro de nenhum, nem conhecia. Ficou observando atentamente enquanto eu fazia a abordagem inicial à família, em espanhol. Começamos a conversar e rapidamente criamos vínculo. Ela contou que trabalhava no setor da saúde pública em seu país de origem, na Atenção Primária. Após explicar sobre a pesquisa, a migrante quis participar das atividades que iriam ocorrer na UBS, disse reconhecer a importância destas ações.

"Neste momento nos despedimos e ao sair, a ACS decide voltar sozinha e informa para a moradora que se precisarem de algum comprovante de endereço podem perguntar por ela na unidade de saúde, repetindo seu nome duas vezes e confirmando se elas entenderam o nome. Foi a primeira aproximação para criar vínculo." (Diário de campo)

"Depois de uma das visitas domiciliares que a gente fez à cubana, eu encontrei ela lá na escola fazendo a matrícula das crianças. Quando eu vi ela lá, ela me reconheceu e me cumprimentou. Aí eu fui falar com a diretora que ela era cubana e que eu já a conhecia. Apresentei as duas e isso ajudou no vínculo delas. Quando ela veio aqui na reunião, ela comentou que eu tinha ajudado ela a conseguir a matrícula. Por causa da confirmação do endereço, foi bacana." (ACS - Grupo focal)

³ Quando um morador novo chega ao bairro, para poder acessar os serviços da UBS necessita estar cadastrado como morador do território. Este se dá de duas formas: mediante cadastro realizado na visita domiciliar periódica do ACS à um domicílio ou busca direta do indivíduo para cadastrar-se na UBS. Neste último caso, antes de acessar efetivamente os serviços, o ACS precisa ir até o domicílio e confirmar se esta pessoa efetivamente reside neste endereço. Este ato é chamado de confirmação de endereço pela equipe. Sua utilidade vai além de acessar serviços de saúde, mas é também documental. Para obter a matrícula na rede de educação municipal exige-se o comprovante da situação vacinal atualizada fornecido pela UBS. É possível também obter após esta confirmação um comprovante de endereço em seu próprio nome, mesmo sendo sua moradia de aluguel, sem contrato.

Muitas ACSs desconheciam se havia ou não migrantes em seu território, ou quantas famílias estavam ali. Para compreender como foi o primeiro contato dos migrantes com os agentes de saúde, realizou-se o seguinte questionamento no grupo focal: Como foram as primeiras vezes que vocês atenderam esta população? Muitas falas trouxeram o que parece ser o afeto principal que colocava a barreira: "E a gente tinha mesmo medo deles." O medo aparece em várias falas, em distintos momentos. Em poucas falas o relato do contato inicial foi de tentativa de acolhimento, de criação de vínculo ou busca por compreensão dos migrantes e suas demandas.

"Lá no início, no outro bairro, quando vinha uma ficha cadastral nova para confirmar o endereço a fala já era: Afe, lá vai mais um haitiano na minha área!"
(ACS - Grupo focal)

Mas o trecho a seguir também traz a percepção por parte dos trabalhadores de que o medo existe de ambos lados.

"Essas duas migrantes que eu fui, elas não me atendiam. E quando a doutora explicou a elas o que eu ia fazer, como era o processo, tudo mudou totalmente. Então eles viram que eu não tenho nada a ver se elas vieram legalmente. Já me avisaram que vai vir o pai, a mãe, a tia. Me disseram que quando eles chegarem é para eu ir fazer o cadastro. Elas viram que não vão ser prejudicadas. Eu acho que elas tinham uma outra visão do meu trabalho, pensavam que eu ia lá para investigar a vida delas. Tanto que uma delas, quando eu fui para confirmar o cadastro no domicílio, ela me atendeu, entrou para dentro e chamou a outra com medo. Eu acho que eles têm esse medo mesmo." (ACS - Grupo focal)

Algumas vezes o medo veio associado ao diferente, ao desconhecido e em diversas falas à dificuldade de se comunicar em outro idioma. O medo de não ser compreendido ou de não conseguir se comunicar surgiu em alguns momentos, colocando o idioma como uma barreira importante.

"É porque na verdade você não consegue se comunicar com eles, então é difícil. O primeiro que eu atendi eu não entendia nada."

"A comunicação pra gente é difícil, dá medo de eles não entenderem a gente."
(ACS - Grupo focal)

O maior quantitativo de famílias migrantes já cadastradas e conhecidas estavam no território da outra equipe. Sobretudo, em uma microárea específica, onde havia uma grande concentração de migrantes em um terreno com vários kitnetes de aluguel.

Sempre que se perguntava qualquer coisa sobre migrantes a equipe indicava a ACS desta microárea. Alguns pensavam que somente existiam moradores migrantes no bairro neste local. Havia em especial uma usuária migrante que estava há mais tempo no território e a equipe identificou que ela sempre acompanhava os migrantes recém chegados à UBS. Ela era venezuelana. Esta ACS já tinha elaborado um entendimento sobre como funcionava a dinâmica da chegada dos migrantes ao território. Percebeu que em um dos endereços havia grande rotatividade de pessoas que solicitavam cadastro na UBS e pouco tempo depois iam embora. À esta família ela criou a denominação de família acolhedora, e rapidamente identificou um membro dela para lhe auxiliar na comunicação e intermédio com os novos usuários em seu território.

"Eu tenho duas famílias acolhedoras. Então a pessoa vem para o país, e fica na casa delas até eles conseguirem alugar uma casa. Então chegou um venezuelano aqui todos já sabem que é da minha área. Então eu já tenho vínculo com os migrantes." (ACS - Grupo focal)

Esta pessoa que lhe auxiliava com a comunicação era a venezuelana que foi identificada pela equipe como informante índice. Então solicitei à ACS da área que marcasse uma visita domiciliar para realizar um primeiro contato com ela, e conversarmos sobre a pesquisa. Quando chegamos no local, ela já estava nos aguardando. A ACS havia avisado que iríamos. Ela mora há mais tempo no bairro, e está há aproximadamente 3 anos no país. Em nossa conversa, ela fez questão de falar em português, mesmo quando era questionada em espanhol. Contou em seu relato que ela auxilia todos os migrantes que chegam no bairro, e normalmente os acompanha à UBS pois já conhece a equipe.

Quando chegou o momento da primeira reunião de equipe, as ACSs que haviam participado destes momentos já estavam mais sensibilizadas com o tema. Durante a reunião trouxeram alguns relatos, contribuindo com o debate. Quando falei sobre a competência cultural, uma ACS que participou das visitas domiciliares rapidamente lembrou de uma atividade de educação continuada que havíamos participado durante a semana. Nesta atividade a palestrante fez um relato sobre a relação de mulheres migrantes com aleitamento. Ela rapidamente perguntou: "Eu fiquei pensando que

aquele comentário não foi muito adequado. Foi preconceituoso, não?" Outros trabalhadores que haviam participado destas conversas informais antes também trouxeram contribuições e relatos de atendimentos à migrantes, diferente de quem via o tema pela primeira vez.

"A maioria da equipe não tinha a percepção do migrante como um grupo populacional vulnerável, ou nunca tinha parado para pensar sobre. Poucos demonstraram estar familiarizados com conceitos que foram abordados, incluindo a competência cultural. Alguns questionaram a governabilidade da equipe sobre a situação-problema, por não estarem habituados com a co-gestão." (Diário de campo)

"Muitas pessoas vieram individualmente conversar comigo após a apresentação, interessadas no desenvolvimento da atividade, afirmando percebê-la como importante para a conjuntura atual que foi explicada na reunião." (Diário de campo)

Dois dias depois desta ação, foi a atividade de grupo com os migrantes na UBS. Nem todos os ACSs haviam participado de ações de sensibilização, muitos não conheciam os usuários migrantes em seu território, e não tinham vínculos com eles. O convite impresso a ser entregue e enviado por aplicativo de mensagem não funcionou da mesma forma que funciona normalmente para os usuários antigos da UBS, que já possuem vínculo com a equipe. Precisamente, as migrantes que compareceram foram as que tinham vínculo com a equipe: a cubana que fomos confirmar endereço, acompanhada de sua filha, e a venezuelana da família acolhedora com uma sobrinha. A programação inicial era debater saúde do migrante, acesso e acolhimento. Já por parte das ACSs, elas queriam ouvir as migrantes e suas histórias. Quando comecei a conversar com elas em espanhol, uma delas começou a gravar para seu registro pessoal. Na semana seguinte eu a vi mostrando o vídeo para as outras colegas, entusiasmada. Elas queriam saber tudo, como foi a chegada, como era a vida nos países de origem, como era a comida. Queriam saber o que elas gostaram e o que não gostaram no Brasil.

Nesta roda de conversa, em dois idiomas, o assunto foi fluindo naturalmente para o tema da saúde. Uma das migrantes disse que seu esposo nunca foi à UBS, porque tem medo de ser mal recebido, de não saber chegar. Neste momento, a outra

migrante exemplificou com um serviço que disse ser muito usado por migrantes que é o local de envio de remessas financeiras. "Lá a gente entra, e já vê coisas em vários idiomas, então sabemos que lá irão receber a gente". Este fato marcou bastante as ACSs, pois trouxe uma situação muito simples que mostrava as barreiras de acesso. Simples, mas significativa. Afinal, elas tinham acabado de ouvir as histórias de vida, de conhecer aquelas pessoas e colocar um rosto nas barreiras. Não se tratava mais de histórias genéricas sobre dificuldades enfrentadas no SUS. Ao longo da conversa foram surgindo sugestões de melhorias do acolhimento, e neste momento uma ACS se levanta e vai até o quadro que havíamos montado para a dinâmica e começa a registrar.

No dia seguinte desta atividade, vi um agito acontecendo na recepção e mobilizando algumas trabalhadoras. Como boa curiosa, fui ver o que estava acontecendo. A ACS que participou da última atividade, após emocionar-se com os relatos, decidiu traduzir ao espanhol todos os cartazes afixados logo na entrada da UBS. Eram cartazes simples, com dizeres facilmente compreensíveis em ambos idiomas, como: "Telefone da UBS", "Obrigatório apresentar documento de identificação" entre outros. Ela me pediu para corrigir eventuais erros de tradução que ela havia feito na internet. Então questionei porque traduzir dizeres, que ao meu ver não eram difíceis de serem compreendidos. Então ela contou que o fez para que quando os usuários migrantes entrem na UBS, vejam em primeiro plano os cartazes em espanhol para que se sintam acolhidos. Para que não tenham medo de entrar.

Outros relatos deste dia marcaram as participantes que posteriormente compartilharam no grupo focal.

"Tem uma delas que falou que tinha muito medo de chegar aqui na UBS. Chegou bem na pandemia. Não podia entrar na unidade, era tudo na porta, ela veio aqui porque precisava de declaração de vacina para escola. Fui eu quem atendi ela. Aí ela chegou, entregou as carteirinhas, e falou que precisava de declaração de vacina. Daí eu falei que não era assim, primeiro precisa fazer o cadastro. Aí ela trouxe os documentos, foi feito o cadastro, foi confirmado o endereço. E ela falou que achou tudo muito estranho. Porque no final das contas ela teve que fazer todas as vacinas de novo. Veio pegar um comprovante da situação vacinal e nenhuma das vacinas dela foram aceitas."
(ACS - Grupo focal)

Após este dia, seguiram-se duas ações que se repetiam entre a equipe: conversas informais e debates sobre os atendimentos realizados à população migrante e visitas domiciliares. Os trabalhadores começaram a ficar mais atentos com os atendimentos dos migrantes. A equipe de enfermagem começou a tomar a iniciativa de encaminhar os usuários migrantes com maior dificuldade no idioma, ou demandas clínicas complexas onde a competência cultural era fundamental para o atendimento para mim. Inclusive usuários que não eram da minha área de abrangência. Antes eu sabia que haviam migrantes no território, mas quase nunca atendia. Agora diariamente atendia em consultório usuários migrantes. Houve inclusive uma situação de urgência onde o atendimento inicial necessário era na UPA e a paciente foi encaminhada. Antes da ambulância chegar, a enfermagem tomou a iniciativa de deixar agendado um atendimento posterior. Este fluxo não é habitual, mas ela justificou com informações que haviam sido debatidas na reunião que constituem barreiras de acesso.

Algumas visitas domiciliares que seguiram foram propostas por trabalhadores da equipe, como o relato que segue.

"Hoje já no início da manhã, recebo em meu consultório uma ACS que vem pedir ajuda. Refere que se mudou para sua microárea a primeira família de migrantes. Quando ficou sabendo, foi cadastrar a família mas teve dificuldade em explicar os serviços que tem na UBS. Disse que queria agendar o preventivo, pois tem duas mulheres jovens no domicílio mas não sentiu que elas foram capazes de compreender o que era o preventivo, então não queria agendar sem que aquilo fizesse sentido para as usuárias. Em suas próprias palavras. Perguntei pra ela se ela preferiria que eu sugerisse a ela como explicar, ou preferia que eu mesma conversasse com as usuárias. Ela disse que preferia que eu conversasse com elas, sugerindo realizar uma visita domiciliar em conjunto." (Diário de campo)

Foi reservado um horário e fomos ao domicílio das migrantes. Quando chegamos ao domicílio conversamos em espanhol. Uma das migrantes até compreendia português e tinha agendado uma consulta para aquele dia na UBS. Sabia o que era preventivo, e ao lhe explicar que a ACS poderia agendar para ela um horário sem necessitar ir até a UBS para tal, ficou agradecida. Disse que já tinha a demanda em realizá-lo, pois o fazia regularmente em seu país de origem. Percebi que a demanda oculta da mediação da visita era o fato de ser a primeira família migrante que

se estabelecia nesta microárea. Estas ações de mediação foram se mostrando importantes estratégias de aproximação entre migrantes e trabalhadores.

Todos esses caminhos acima descritos, foram pensados para preparar o momento onde estariam reunidos os trabalhadores e os migrantes para debater o tema da saúde e migração e aí sim construir coletivamente soluções. Mas a abordagem no cotidiano se mostrou como melhor ferramenta, pois foi permitindo o contato continuado com mais migrantes. Nestas ações tanto o debate sobre o tema como alguns arranjos de soluções foram ocorrendo. Ainda seria importante o espaço da reunião de equipe para este debate chegar a todos os trabalhadores, ou à grande maioria.

Ao entrar em contato com as duas usuárias que haviam estado na atividade anterior, uma delas - a cubana - informou que não poderia participar. Havia conseguido um trabalho, e inclusive mudado de bairro. Mas que o motivo que não viria seria mesmo o horário, por coincidir com seu turno. Ambas lamentamos muito. Estas dificuldades de continuidade são uma constante na vida dos migrantes. Também trazem impacto em seus cuidados com a saúde, sobretudo na forma como estão organizadas as UBSs. Como no exemplo que a ACS trouxe no grupo focal.

"Teve um caso de uma paciente venezuelana, que já estava há muito tempo com um problema no seio, já era para ser encaminhada para oncologia. E como mudava muito de endereço, não conseguia ter esse acompanhamento. E já fazia muitos anos que ela precisava desse acompanhamento. Fazia muito tempo que ela tava sofrendo. Quando saía o agendamento dela, ela já tinha se mudado de local. Porque quando arrumam emprego, eles vão morar bem perto para não ter essa despesa de transporte." (ACS - Grupo focal)

A outra migrante, a nossa informante índice, confirmou sua presença. Foi informada que a outra pessoa não poderia vir, e que poderia convidar mais alguém de sua família ou vizinhança se assim desejasse. Trouxe seu esposo. Tendo confirmados os participantes, fomos planejar a estrutura da reunião.

As ACSs solicitaram incluir na programação da atividade elementos culturais do país de origem. Música, comida, dança ou outros elementos de aproximação para que os trabalhadores conhecessem mais sobre os países dos migrantes. Esta ideia surge quando a cubana disse que embora houvesse a necessidade de deixar seu país por

questões financeiras, ama muito ele e um dia se puder gostaria de retornar. Contou sobre as coisas bonitas de seu país, e surpreendeu as ACSs com este relato. Elas gostaram muito de ouvir estas histórias.

Como os participantes seriam de nacionalidade venezuelana, optei por preparar arepas como comida típica para levar na atividade. Escolhi um recheio típico e mais distinto da culinária brasileira - chamado Reina Pepiada - junto a um molho tradicional, a Guasacaca. Ao buscar comprar a farinha de milho pré-cozida encontrei também refrigerantes venezuelanos. Estes refrigerantes são de um sabor que não existe no Brasil. Quando a migrante disse que não tinha muita coisa para trazer à reunião que emitisse a seu país, pensei nesta bebida como um elemento de representação. Lembrei do autor chinês Ai Weiwei que diz que se você não tem memória pode construí-la no imaginário social, encontrando uma fotografia ou outro objeto qualquer. De fato, quando os migrantes viram se emocionaram muito. Pediram para levar os recipientes para mostrar a seus filhos, tiraram fotos, disseram que o saber traz muitas lembranças e saudades. Ele me disse: "Não quero nem perder tempo comendo arepas, isso tem todo dia na minha casa, quero só tomar este refrigerante!" Isso foi no final da atividade, quando ele ficou mais à vontade para afirmar sua cultura e costumes. Não foi assim no início.

A atividade iniciou, e para integrar mais enquanto chegavam os trabalhadores pedi para que a migrante colocasse a música de seu país que gostava de ouvir. Fomos conversando sobre costumes e cultura desta forma, mais informal. Os trabalhadores iam chegando, sentando-se em roda e já ficavam atentos à música que tocava e às histórias que ela contava. Quando todos chegaram, fizemos uma roda de apresentação e iniciamos com o relato dos migrantes sobre seu processo migratório. Eu já havia percebido que este momento foi o que despertou mais interesse nas ACSs na atividade anterior. Demorou alguns minutos e muitas cutucadas de sua esposa para que o migrante que realizava a fala e entrava em contato com o espaço pela primeira vez parasse de falar do Brasil e falasse da Venezuela e de sua história. No início ele tentava apenas dizer quanto conhecia o Brasil, os motivos pelo qual havia escolhido esta região, e buscava demonstrar que conhecia muito o país. Neste processo, em ocasiões inclusive acabava errando - como quando tentou descrever a festa junina e

confundi com carnaval. Nestas horas a equipe não demonstrava tanto interesse, algumas vezes faziam expressões faciais de reprovação. Mas ele seguia contando seu conhecimento e afirmando que se sentia grato por estar aqui. Quando dei coró à esposa, pedindo que contasse a sua história e como era a vida em seu país antes da migração disse que era muito doloroso lembrar de seu país, que era por isso que o fazia desta forma. Aos poucos e de forma tímida, eles foram contando sua história.

"Ele disse que era muito difícil falar sobre Venezuela, por sempre envolver questões políticas e filosóficas que despertam nas pessoas "muitos nervos". Que por esse motivo dificilmente conta sua história, e ensina seus filhos a serem brasileiros e não desenvolver costumes de seu país. Disse que prefere que seus filhos comam pão de queijo à comer arepas. Neste momento a esposa se opôs e disse que não é assim, que serve arepas todos os dias para café da manhã. Mas ali começou a contar sua história com detalhes. A equipe ficou bastante atenta escutando o relato, emocionada. Abrimos para perguntas. Imediatamente, uma ACS se levantou com uma curiosidade sobre a história deles, direcionando a pergunta para mim - embora o migrante falou o tempo todo em português. Então a convidei para perguntar diretamente ao migrante, ela fez um comentário: "Mas ele não vai me entender...". Ao perguntar foi compreendida e respondida." (Diário de Campo)

A equipe estava muito interessada, mas havia a preocupação do tempo de duração e também de chegar no tão esperado momento onde iríamos coletivamente construir soluções para esta problemática. Seguimos com o resto da atividade prevista, que era debater o assunto de saúde e migração e ir à sugestão de soluções. Apresento a metodologia ativa proposta da árvore problematizadora, e explico o que será realizado. Cada participante recebe um pedaço de papel para escrever um problema que o migrante enfrenta ao acessar os serviços de saúde. Convido os participantes a lembrar de alguma situação pessoal, onde atendeu algum usuário migrante, ou considerando os relatos já ouvidos, ou se imaginem enquanto migrantes chegando a um serviço de saúde. Após a problematização, passamos à árvore de soluções. Neste momento, foi realizado uma chuva de ideias que fomos escrevendo na árvore das soluções.

A equipe toda foi refletindo e escrevendo, alguns conversando entre si para chegar em um acordo, outros individualmente. Recolhidos os papéis, realizou-se a leitura dos problemas mencionados um a um enquanto todos debatiam sobre eles. A

respostas foram: Medo de exposição - várias vezes; Entender encaminhamentos; Como acessar os serviços; Documentação, carteirinha de vacina; Idioma; Atendimento precário; Explicar diagnóstico e diagnosticar; Medo de tomar um remédio errado; Teria receio em me expressar e atender queixas de saúde mental, se serei compreendido; Idade; Rejeição; Entendimento; Vergonha; Desconhecimento da rede de saúde, especialidade; Preconceito, Discriminação; Falta de empatia; Adaptação à cultura, estilo de vida, comidas; Dificuldade de comunicação; Uma ACS acrescentou verbalmente durante a leitura dos papéis sobre a dificuldade em realizar o cadastro do cartão SUS antes de obter o RNI.

A participação foi imediata e variada. Aos problemas que ficaram mais no ápice como conhecimento do serviço de saúde. Foi sugerido a cartilha explicando o funcionamento no idioma nativo - foi sugerido a tradução da cartilha de serviços; a migrante solicitou a tradução da comunicação via mensagens de texto. Outra trabalhadora sugeriu a presença de um técnico, um profissional - ou o ACS que pudesse recepcionar os migrantes ao chegar. Rapidamente a equipe foi direcionando a abordagem a uma perspectiva mais humanizada. Foram direcionando as falas no sentido da competência cultural. Foi abordado que a simples tradução não contemplaria, por exemplo, os idosos. Foi sugerido que fosse incentivada a comunicação e facilitado através de tradutores nos equipamentos dos ACSs. Segue o debate sobre soluções, onde todos foram falando, incluindo os usuários.

"Questões mais subjetivas, como sofrimento mental, emoções - medo, receio, vergonha, rejeição - foi o que mais apareceu como problema. Os participantes foram construindo coletivamente soluções para pensar estes problemas. Quando as falas chegaram ao consenso de que o importante era o acolhimento humanizado, era nítida a satisfação coletiva. Incluindo a minha." (Diário de campo)

Quando por alguns minutos o debate fica mais centrado entre os trabalhadores, sobre acolhimento para romper a barreira do medo à rejeição, uma ACS interrompe o falatório: "Mas eu quero saber se tudo isso que a gente está falando faz sentido para eles, né!" Eles confirmam. O migrante deu o exemplo de como ao ter recebido um atendimento humanizado, perdeu o medo de ser rejeitado.

Alguns trabalhadores relataram que gostariam de ter mais tempo para ouvir estas histórias, e perguntar mais sobre fatos que ficaram curiosos. Foram nos momentos de informalidade da atividade onde mais a equipe interagiu, como na hora do lanche de comida típica. Todos provaram a comida e elogiaram. Muitos não conheciam. Neste momento, uma das ACSs ao elogiar as arepas se dirige à migrante solicitando que ela realize tal prato para o próximo café da manhã das mulheres⁴. Pergunto se ela já havia participado, ela diz que não sabia da existência. Ela mora há 3 quadras da UBS, e está ali há 2 anos e meio.

Durante este momento da atividade todos seguiram muito integrados, conversando sobre assuntos diversos, perguntando mais coisas para os migrantes ali presentes e seguiram com o debate, ideias, curiosidades do que tinha sido abordado durante a reunião. De relance ouvi que conversavam sobre curiosidades que tinham com o país de origem deles. Muitos vieram falar comigo sobre a importância das atividades continuarem, inclusive os usuários, avaliando positivamente o que ocorreu ali.

4.4 REPERCUSSÕES DA ESTRATÉGIA NA EQUIPE

As repercussões da estratégia de sensibilização na equipe se apresentaram no próprio engajamento com a pesquisa, e na proposta de ações que foram surgindo espontaneamente por parte da equipe. Entre os trabalhadores, as ACSs participaram de forma mais ampla das ações com relação aos demais trabalhadores, portanto os dados que seguem surgem majoritariamente da transcrição do grupo focal com elas. Esta categoria profissional é justamente o vínculo da equipe junto à comunidade, e sua escolha enquanto categoria principal na pesquisa se deu também por esta

⁴ Esta é uma atividade coletiva tradicional na UBS, iniciativa local em homenagem ao 8 de março onde a unidade de saúde abre no sábado e reúne as mulheres da comunidade para um café da manhã coletivo. É fruto da mobilização da equipe de ACS, que divulga e convida as mulheres do território a trazer um prato de comida para compartilhar. Neste dia são realizadas práticas corporais, rodas de conversa sobre temas relacionados à saúde da mulher, sorteio de brindes entre outras atividades. É uma atividade de promoção da saúde, que por vezes oferta também ações de prevenção.

característica. Sua sensibilização permitiu que a comunidade de migrantes se aproximasse da UBS e dos outros trabalhadores. A maioria da equipe de ACS vive no território desde sua infância e pertencem às famílias mais tradicionais e numerosas do bairro. Em um primeiro momento, destacou-se a falta de atenção das ACSs em relação às moradias transitórias e à criação de um vínculo comunitário mais sólido. Viam como famílias que possuem um vínculo frágil, pessoas que se mudam rapidamente, pessoas que não tem pertencimento à comunidade como elas próprias. Além do preconceito que apresentavam. Após as ações de sensibilização os relatos foram diferentes.

Se em um primeiro momento o discurso era de preconceito, não compreensão dos motivos da migração, ou ainda de crenças de motivações oportunistas para tal, nos trechos que seguem observa-se que esta percepção se modificou para uma visão com mais materialidade no tema.

"Ah é que fica fácil entender a pessoa como uma pessoa mesmo. Saber que por trás da imigração, existe um ser humano ali que tem suas vivências no seu país, que tem uma vida, e que infelizmente não vai conseguir transferir tudo para cá. Porque ficaram familiares, amigos, sempre vai existir saudades. Se a gente consegue compreender melhor isso, a gente consegue aceitar melhor eles aqui dentro. Assim como nós temos que ter um lugar para trabalhar, eles também precisam." (ACS- grupo focal)

"Eu vi que a vida do migrante aqui não é uma maravilha, aqui é ruim. Pelo menos da migrante da minha área. Se aqui, que é melhor que lá eles já tem uma vida difícil, imagine lá o que é que eles não passavam. Não vão tomar um lugar, emprego ou faculdade de um brasileiro, porque eles têm muita dificuldade para sobrevivência.." (ACS- grupo focal)

Boa parte das repercussões se deu devido à sensibilização ao emocionar-se com as histórias dos migrantes. Um dos momentos que mais emocionou os trabalhadores foram as rodas de conversa com os migrantes, quando eles contaram suas histórias de vida e migração. Conhecer estas histórias funcionou como uma eficaz estratégia de aproximação.

"Aquela fala do migrante na reunião, que o que deu a força dele vir para cá foi que teve uma desavença militar, e pegaram o filho dele, não foi? Ele viu que os militares pegaram o filho dele, quase o mataram, daí que deu a força para ele fugir. E ele ficou um dia e meio numa mata, escondido. Então eu acho que não é só política, nem economia, tem a questão da ideologia. Na reunião de equipe, contaram um pouco da história, da vinda ao Brasil, porque tinha vindo, como

tinha vindo, as situações que passou. É uma história que você escuta e se emociona." (ACS - grupo focal)

Na rotina geral da UBS, todos os espaços permitem o contato entre usuários e trabalhadores, mas estas histórias não eram ouvidas. Talvez não eram questionadas. Não existia espaço para contarem. Apenas o contato mínimo necessário para completar alguma tarefa sob demanda do usuário era executada. Não se faziam visitas domiciliares, não convidavam para participar das atividades coletivas na UBS, não aceitavam a carteira de vacinação prévia que traziam. Apenas não negavam acesso aos serviços básicos. Neste processo de contato rápido não havia vínculo. O medo da não compreensão parecia criar uma destas barreiras, que o processo de sensibilização conseguiu romper.

"Quando teve a primeira conversa com os migrantes aqui na UBS, eles contaram que tinha muito receio das pessoas não conseguirem se comunicar com eles. E do jeito como elas falavam, o medo delas é o mesmo que o nosso. Porque eles também tinham medo de chegar aqui na UBS. De como eles seriam recebidos. E a gente tinha mesmo medo, e aí acabou que conseguimos nos comunicar. Todo mundo conseguiu entender e isso foi muito gratificante! A gente saiu daqui com outra visão da migração." (ACS - grupo focal)

Após algumas ações da pesquisa, houve uma situação de visita puerperal à uma família de migrantes que mobilizou toda a equipe após. Segundo o relato no diário de campo, quando a equipe entrou no domicílio para realizar a visita, encontrou uma casa vazia. Limpa, nova, mas com pouco móveis e nenhum objeto aparente além de duas malas de viagem. Não havia travesseiros ou cadeiras para acomodar a mulher na orientação ao aleitamento materno. A cozinha estava vazia, era visível que ali não havia alimentos. Eram dias muito frios e não haviam cobertas, e quando a mãe foi buscar a carteirinha da criança abriu o guarda-roupas e estava vazio. Uma das trabalhadoras mencionou que demorou para perceber a carestia. Ela disse que as casas de brasileiros em situação de pobreza possuem uma estética diferente, descrita como mais suja e cheia de objetos velhos, o que dificultou para ela a percepção da real situação daquele lar. Quando retornamos à UBS, acionamos a assistência social para verificar o que poderia ser feito. Antes que a rede entrasse em ação, a equipe da UBS

iniciou na comunidade um trabalho de arrecadação de itens para doação que em alguns momentos já havia acontecido também para brasileiros. Mas nunca para migrantes. No mesmo dia aquela família recebeu cobertas, roupas, travesseiros e cesta básica. Muitos trabalhadores na UBS se emocionaram com o relato das ACSs que compareceram à visita e contribuíram. Foi um dia muito marcante para mim. Não somente pela ampla mobilização, mas pela resposta emocionada que recebi de uma ACS ao comentar sobre a ação: "Vamos levar as coisas hoje mesmo, pois quem tem fome tem pressa, não dá pra esperar a Assistência Social." Segundo o relato, foi quando as ACSs entraram nas casas, conheceram e conversaram com os migrantes - se emocionando com suas histórias e realidades - que puderam identificar os migrantes como população vulnerável.

"Como na família do recém nascido, que entramos na casa, e vimos realmente a situação. Tem várias situações de vulnerabilidade, mas encontramos aquela família naquele momento porque entramos. Mas muitas vezes, a gente não entra." (ACS - Grupo focal)

Este contato continuado permitiu a criação de vínculo com esta família. As ACSs reconhecem a importância e a complexidade do vínculo com os usuários para o cuidado em saúde. Este vínculo quando alcançado é relatado como satisfatório para a equipe.

"Na minha área, em um mês eu fui na casa das migrantes umas três vezes porque tinha um recém-nascido, faz dois meses que ela tá aqui no Brasil. E daí eu consegui criar vínculo. No começo ela me atendia lá fora, depois me chamou para entrar, depois me atendeu no quarto dela. E ela veio aqui no sábado na campanha de vacinação para... nada! Não usou nenhum serviço. Só veio para conversar. E prestigiar o que a gente tava realizando aqui na UBS. Eu me senti muito bem com isso. Quando eles criam vínculo com a gente, eles criam confiança." (ACS - Grupo focal)

Como mencionado no início, em um primeiro momento, o intuito da pesquisa era de criar coletivamente algum arranjo de enfrentamento das barreiras de acesso partindo do espaço da reunião de equipe. Ao longo das etapas o processo de sensibilização se tornou tão importante que foi assumindo o protagonismo das ações. Conforme as etapas foram ocorrendo, as estratégias de aproximação ocuparam outros espaços e se fortaleceram enquanto ações inclusive de superação destas barreiras. A

cada ação a equipe queria mais e mais ouvir as histórias dos migrantes e conhecer estes indivíduos. Abrir espaço para que eles contassem suas histórias permitiu a criação do vínculo em um processo multiplicador segundo a percepção do relato que segue.

"É porque eles não tinham abertura na comunidade. Eles não tinham onde contar a história deles. Por exemplo, primeiro que eles tinham receio de receber a gente na casa deles. Segundo, a gente não conseguia entender o que eles iam contar para a gente. A partir do momento que tiveram essa abertura aqui na unidade de saúde, que foram recebidos aqui e conseguiram contar um pouco da história facilitou. Entre eles um conversa com outro. Já contam como foram recebidos, se comunicam uns com os outros e quando a gente chega, eles já têm uma outra visão do que estamos fazendo lá." (ACS - Grupo focal)

5. CONSTRUINDO VÍNCULOS PARA UM SUS PARA OS MIGRANTES

A cultura como sistema aberto, como ato e drama que se expressa na palavra e na imagem para análise e interpretação do cotidiano.
(Hans-Georg Gadamer)

O Brasil tem um histórico recente na construção de um sistema de saúde universal e na efetivação do direito à saúde para a maioria da população. A conquista deste direito é fruto de intensa mobilização social cujos efeitos começam a se institucionalizar a partir da Constituição brasileira de 1988. Nesta, em seu artigo 196 define a saúde como direito de todos e dever do estado. Uma série de leis surgem após para garantir as disposições constitucionais e sua operacionalização, e desde a lei orgânica da saúde garante o direito à saúde de migrantes. (BRASIL, 1990) No entanto, a operacionalização deste direito em todo território nacional ainda requer leis, diretrizes e elaborações políticas. O avanço colocado pela inauguração de um sistema de saúde como o SUS acabou por gerar o novo modelo de saúde que possibilitou romper com a hegemonia hospitalocêntrica e colocou a APS na sua centralidade como ordenadora da rede.

Este papel atribuído à APS é fundamental ao se pensar em políticas públicas voltadas aos grupos populacionais vulneráveis. Não ao acaso, é da Secretaria de

Atenção Primária à Saúde a primeira nota técnica do Ministério da Saúde relacionada à atenção em saúde de populações migrantes - a Nota Técnica Nº 8/2024. Foi nesta porta de entrada do SUS onde os migrantes que participaram da pesquisa primeiro acessaram o serviço de saúde. Em sua complexidade, os arranjos organizacionais existentes a este nível trouxeram as possibilidades para que ocorresse o processo de sensibilização dos trabalhadores da saúde. Não obstante, ao não conseguir acessar a APS em sua totalidade, os migrantes acabavam por ter seu direito à integralidade restrito. A APS brasileira está implementada como política de Estado e definida em como um formato abrangente, compreendendo a promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (GIOVANELLA, 2012).

"Reitera, a APS de qualidade com cuidados centrados na pessoa e serviços de saúde integrais e integrados, como o enfoque mais inclusivo, eficaz, efetivo, para melhorar a saúde. Afirma a APS como pedra angular de sistemas de saúde sustentáveis para a cobertura universal. Reconhece que o sucesso da APS será dependente de: financiamento adequado e sustentável, recursos humanos bem capacitados organizados em equipes multidisciplinares com trabalho decente e valorizado, atenção integrada para todas as pessoas, de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos e com sistema de referência para outros níveis, enfrentando a fragmentação. Para tal, a APS e os serviços de saúde devem ser de alta qualidade, seguros, integrais, integrados, acessíveis, disponíveis e alcançáveis para todos e em todos os lugares, prestados com compaixão, respeito e dignidade, por profissionais de saúde bem formados, competentes, motivados e comprometidos. Aspira-se ainda garantir ambientes que propiciem a boa saúde, nos quais indivíduos e comunidades estejam engajados em manter e aprimorar sua saúde e o bem estar." (GIOVANELLA et al, 2019, p. 3-4).

A literatura sobre acesso à saúde para migrantes no Brasil é recente e tem destacado o papel da APS, sobretudo da Estratégia de Saúde da Família na operacionalização do direito à saúde não somente nas ações de cuidado, mas também nas ações de integração social. Numa compreensão dialógica das ações de saúde, êxito e fracasso técnico devem ser avaliados quanto ao seu significado prático. Conforme Ayres (2004), não nos interessa apenas o alcance de fins (um diagnóstico ou

uma prescrição, por exemplo), mas também a qualidade dos meios para que isso ocorra, ou seja, a efetividade comunicacional das atividades assistenciais. Não basta o migrante apenas acessar o serviço, ou realizar o cadastro em sua UBS de referência. Tanto em forma quanto em conteúdo, a ESF precisa ser incorporada como aspecto relevante e norteador do planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde para a população migrante.

À luz da APS, um olhar apurado a esse respeito foi capaz de fornecer um vasto campo a ser explorado durante as ações de sensibilização. Dentro da APS, a ESF se apresenta no SUS como uma das estratégias mais radicais para a ruptura do modelo biomédico hegemônico. Com ênfase na promoção à saúde, traz um novo ímpeto à sensibilidade para os aspectos sócio-culturais do processo saúde-doença, e chama a interação entre diferentes áreas do conhecimento para abordagem das vulnerabilidades. Sua radicalidade está no fato de promover o cuidado no território, próximo à vida das pessoas, baseada na participação coletiva. A ESF cria uma nova base para articulações intersetoriais, promovendo o surgimento de novos cenários, sujeitos e linguagens para a assistência. A vigilância da saúde na ESF propicia um intenso protagonismo comunitário, como o observado no caso da migrante que foi identificada como informante índice. Era ela quem apresentava os novos moradores migrantes do território à UBS. A própria comunidade migrante se organizou em um formato semelhante ao da ESF, conquistando sua agente de saúde. Outro exemplo, foi o da própria equipe já ter identificado e inclusive criado uma denominação para esta organização comunitária ao nomear uma das famílias como "família acolhedora". Esta percepção e análise das Agentes Comunitárias de Saúde antecedeu qualquer ação proposta a nível de gestão, de protocolos ou da pesquisa. Antes mesmo da nota técnica orientar as equipes a realizarem o cadastro sem exigência de documentação nacional, ele já era realizado no território pela ação dos ACSs. Estas mudanças constituem novas interfaces dialógicas que possuem enormes potenciais para o sentido de reconstrução das práticas de saúde. (AYRES, 2004)

A ESF foi, até 2017, a estratégia prioritária para a expansão da APS no país. É ela que garante o acompanhamento de forma longitudinal e integral a um grupo

populacional. A Política Nacional de Atenção Básica - material essencial para a orientação e diretrizes do funcionamento da APS - foi lançada originalmente em 2006 e atualizada mais recentemente em 2017. Nesta última versão, diversas concepções sobre APS no país e sobre a própria organização das equipes que atuam neste nível foram reformuladas. Relacionando as mudanças presentes neste documento com os achados na presente pesquisa, é possível constatar que fragilizam as políticas de atenção à saúde do migrante na sua concretização. Esta versão modificou a concepção de território, reduziu o número de ACSs obrigatórios por equipe, deixando a decisão a critério dos gestores. Além disso, passou a financiar outros modelos de APS fora da ESF - as chamadas Equipes de Atenção Básica - sem vinculação territorial e sem presença de ACS. (BRASIL, 2017)

Foster (2017), ao pesquisar sobre o acesso à saúde de migrantes bolivianos em São Paulo, destaca a importância das Visitas Domiciliares na criação de vínculo com a população migrante. Naquele cenário, já haviam algumas abordagens criadas pelos trabalhadores dos serviços para se aproximarem desta população, como a contratação de trabalhadores de outras nacionalidades (ACS boliviana). Coutinho (2019), também traz esta centralidade do território e do ACS ao pesquisar atenção à saúde do migrante no município do Rio de Janeiro. A autora coloca que o território permitiu maior interlocução entre trabalhadores e usuários migrantes e que as entrevistas realizadas em sua pesquisa ocorreram em grande parte devido ao contato prévio durante as visitas domiciliares. Foram os cenários inusitados que proporcionaram os momentos de encontros planejados para abordar o acesso destes usuários. Além disso, a autora coloca a importância dos espaços informais para a elaboração de sua pesquisa: "conversas de corredor, caronas, pausa para cafezinho, almoços na copa da clínica." Estes fatos também ficaram evidentes na presente pesquisa. Ao longo dela, a flexibilidade e adaptabilidade na organização de eventos e programas de saúde destinados a comunidades migrantes também se mostraram importantes para sua garantia.

Diferente do relatado em outras pesquisas etnográficas em UBSs que atendem população migrante, mesmo com a chegada deste grupo populacional de forma mais

expressiva no território de saúde da UBS Jardim Karla desde 2019, a gestão local nunca havia iniciado uma aproximação formal a estes usuários. No início, na fase de planejamento, além de existir a intenção de utilizar prioritariamente espaços formais para a educação permanente como a reunião de equipe, havia também a forte intencionalidade de construir um arranjo que trouxesse uma solução à problemática exposta. Todo o debate sobre atenção à saúde do migrante era muito novo para a equipe, que hora não demonstrava grande interesse, ora demonstrava seu preconceito com relação ao migrante. Ainda que sob o olhar da clínica ampliada, havia uma expectativa de uma solução panfletária ou ainda tecnicista. Esperava-se que os trabalhadores, junto aos usuários migrantes, chegassem a uma proposta de ação cartesiana que pudesse inclusive ser replicada a nível de município.

Segundo a teoria Paidéia, quanto mais impessoal e burocrático o sistema, mais aumenta a dependência das pessoas com relação à ele. A clínica ampliada sugere envolver os pacientes, famílias e comunidade na produção de sua própria saúde, considerando cada grupo como agentes de saúde de sua própria família e de sua própria comunidade. Propõe descobrir dentro da própria comunidade pessoas ou grupos de cuidadores que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos. (CAMPOS, 2014) Foram realizadas distintas estratégias de aproximação aos migrantes com este objetivo, contatos panfletários e via mensagens de celular, e mais humanizado - por meio de visitas domiciliares e conversas pessoais. No entanto, segundo Campos (2003 p.5), "a eficácia destes métodos de educação em saúde depende do vínculo entre equipe e famílias: somente quando alguém se sente apoiado é que se mostra seguro para arriscar alguns passos por conta própria". De fato, pode-se dizer que as estratégias de aproximação mais humanizadas foram as que mostraram resultado. Apenas desta forma os migrantes compareceram à UBS para participar das ações, pois elas permitiram o compartilhamento de histórias, a superação do medo e a criação do vínculo.

Dentro da ESF, o ACS é a figura agenciadora do vínculo entre a equipe e a comunidade por excelência. Ficou claro ao longo da pesquisa que o ACS possibilita uma relação de confiança que foi sendo herdada pelos outros trabalhadores em

diversas ações, potencializando o vínculo, Na mesma medida que a constituição do vínculo foi surgindo ao longo da pesquisa como uma solução no atendimento à saúde do migrante, o ACS foi surgindo como protagonista da mesma. No entanto, e principalmente com relação à população migrante, o ACS não pode ser designado como portador natural do vínculo. Este foi sendo produzido ao longo dos encontros, e foi potencializado por sua posição simultânea de trabalhador e morador da comunidade.

O que a pesquisa mostrou de resultado mais importante, para além de qualquer plano de ação de adequação dos serviços elaborado, foi o surgimento do vínculo entre os trabalhadores e os migrantes. Ou ainda, que foi o desenvolvimento do vínculo que permitiu que a equipe fosse criando algumas ações em vistas à superação das barreiras de acesso. Barbosa e Bosi (2017) questionam o conceito de vínculo como fenômeno de investigação científica, afirmando ser quase sempre algo não demarcado, mas que deveria existir como condição para funcionamento da atenção básica em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado. Observam que o uso do termo em diversos estudos no campo da saúde coletiva é conotado ora como um dispositivo de atenção integral à saúde ou cuidado; ora como tecnologia relacional, ou, ainda, como tecnologia leve. Porém com frequência os textos fazem reflexões aludindo ao vínculo como algo que favorece, facilita, amplia, cria e fortalece “quase tudo” no serviço da APS. Desta forma, assinalam a falta de aprofundar o achado, ou ainda a falta de triangulação dos instrumentos nas pesquisas para análise de mudanças no cotidiano de trabalho de profissionais de saúde. O surgimento do vínculo neste processo sensibilizador surge descrito em ambos instrumentos de coleta, e sua importância também se apresenta no referencial (BARBOSA e BOSI, 2017).

A produção de vínculos é, segundo Campos (2003) um componente crucial do cuidado em saúde, permitindo a criação de relações de confiança entre trabalhadores da saúde e usuários. Não se trata apenas de um recurso humanizador, mas de um recurso terapêutico. Sua construção enquanto técnica que qualifica o serviço em saúde, depende do modo como as Equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas de seu território, em um movimento complexo de ser realizado. O vínculo é

um compromisso bilateral, que exige dos profissionais um envolvimento com a saúde individual e coletiva de uma comunidade, particularmente daqueles mais vulneráveis. Este processo complexo, depende de conhecimentos sobre a inter-relação entre pessoas que necessitam de ajuda e a equipe com recursos para intervir, além desta estar disponível para o processo. Durante o processo de planejamento das ações, foi importante discutir as dificuldades em responsabilizar-se pela saúde dos outros, bem como a importância de fazê-lo. Assumir o seguimento de pessoas concretas, com nome, história e lembranças pode não ser tarefa simples, como afirma o autor, mas se mostrou sem dúvida um elemento facilitador do vínculo. No contexto da migração, a criação e manutenção desses vínculos se tornam ainda mais essenciais, considerando as barreiras linguísticas, culturais e burocráticas que os migrantes enfrentam ao acessar os serviços de saúde. (CAMPOS, 2003)

Campos (2003) sugere ainda o conceito de transferência - que é originário da psicanálise - para melhor compreendermos os vários tipos de vínculos contraídos ao longo da vida. O autor coloca que quando nos vinculamos com alguém, transferimos afetos a estas pessoas. Afetos são sentimentos imaginários, apostas que fazemos apoiados na história pessoal de cada um e na imagem que o serviço e o profissional produzem, podendo ser positivos ou negativos. O fato é que as transferências são sempre bilaterais: os usuários também despertam sentimentos positivos ou negativos entre os profissionais de saúde. Esta relação ficou clara durante as etapas da pesquisa, onde o afeto principal nomeado pelos trabalhadores e pelos usuários migrantes no início foi o mesmo: o medo. Ainda que em cada ator expressando-se de maneira distinta. O reconhecimento desta relação bilateral surge na fala de um ACS, ao se reconhecer no usuário migrante quando expressa que tinha percebido que o medo deles era o mesmo medo seu. Naquela situação, o medo de não ser compreendido. Encontraram no afeto, uma ferramenta para criação de vínculo, e no vínculo, a ruptura deste afeto.

Quanto a relação de confiança entre estes atores, Costa (2004 apud Cecílio 2001) defende que o reconhecimento do vínculo não deve estar restrito à simples adscrição do indivíduo a um serviço ou a inscrição formal a um programa, mas inclui o

estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa e mediada pelas subjetividades. O espaço de encontro do usuário com a equipe é o espaço da conversação destinado à aproximação entre profissionais e usuários, no qual deve prevalecer a capacidade de escuta de forma a permitir a apreensão das necessidades de saúde trazidas pelo usuário que busca o serviço. Estas conversas não ocorriam naturalmente entre os trabalhadores e os migrantes, foi necessário a mediação com as estratégias de aproximação para que elas comesçassem a ocorrer. Estas estratégias se diferenciam um pouco das atividades habituais da UBS, onde por exemplo, a visita domiciliar de confirmação de endereço que era feita unicamente pelo ACS, na família de migrantes foi realizada pela equipe. Sobre esta adequação, Costa (2004) afirma que os trabalhadores que atuam nos serviços devem ser capazes de não modelar as demandas trazidas pelos usuários de acordo com o ofertado pelo serviço, como regularmente acontece. Da mesma forma, não deve prevalecer uma lógica dos profissionais na organização e sistema de funcionamento dos serviços, mas aquela relacionada às necessidades dos seus usuários. O delineamento da demanda se dá pela escuta das necessidades, onde os profissionais devem se aproximar de suas impotências humanas e lidar com seus limites e dificuldades, buscando soluções. (COSTA, 2004)

Ainda que fragilizando alguns elementos garantidores do vínculo na nova PNAB, com as modificações no formato da equipe, a importância do vínculo se mantém em diversos trechos. Inicialmente, o vínculo aparece nas diretrizes População Adscrita, Longitudinalidade do Cuidado e Resolutividade. Na longitudinalidade do cuidado, a diretriz pressupõe a construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários na continuidade do cuidado ao longo do tempo. Vínculo aparece como um dos objetivos do acolhimento dos usuários na UBS, e com maior frequência se atrela ao serviço de referência e ao território. Ela propõe que o atendimento no território favorece a criação de vínculo entre usuários e equipes, e junto à vinculação do usuário à uma equipe multiprofissional contribui ampliando a resolutividade das ações de saúde. Afirma que, para ser resolutiva, deve fazê-lo por meio de “uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas efetivas” (Brasil, 2017, p.8). Ao

caracterizar o processo de trabalho na APS, sugere a implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tal como a constituição de vínculos solidários. (BRASIL, 2017)

O conceito do "estabelecimento de vínculos solidários" na saúde surge através da Política Nacional de Humanização do SUS, que em seus valores norteadores incluía além deste, outros como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010). Ao olharmos para os resultados da presente pesquisa no concerne à construção do vínculo, surge o questionamento: Ambos sujeitos já estavam no território, mas claramente não tinham vínculo, o que fez que este se estabelecesse?

Durante o planejamento, observou-se que o ACS sequer conhecia quem eram os migrantes de seu território. A equipe sabia que eles estavam ali, pois estavam acessando a UBS em alguns momentos. Além da falta de vínculo e da existência de políticas públicas voltadas ao atendimento em saúde dos migrantes, a equipe via esta população como temporária no território. Eram pessoas que apenas acessavam a UBS de forma pontual, para algum atendimento de demanda espontânea, que nunca eram incluídas nas atividades programáticas ou convidadas a participar das atividades coletivas da UBS. Segundo a literatura, migrantes seriam com frequência mais saudáveis que as populações das sociedades de acolhida. Sobretudo porque o processo de migração exigiria que os envolvidos estivessem em bom estado de saúde e fossem jovens. (GRANADA et al., 2017) Este fator pode estar relacionado ao número de migrantes que acessam os serviços de saúde apenas de forma pontual. No entanto, como temos visto em nosso país recentemente, com o aumento de migrantes a expensas de reunificação familiar crescem também o número de crianças, adolescentes e idosos. Este cenário foi observado em nosso território, assim como muitas das barreiras de acesso descritas na literatura recente. A equipe foi capaz de identificá-las desde a sua apresentação inicial, mas após o surgimento do vínculo, começou a relacioná-las mais à humanização em saúde.

As ações de sensibilização utilizadas foram as previstas na PNH, que prevê que a APS lance mão de tecnologias relacionais com elevada complexidade para operacionalizar o cuidado, pois lida com questões complexas - que dizem respeito ao viver, sofrer, adoecer e morrer na contemporaneidade - com poucos equipamentos disponíveis. Estas tecnologias permitem o vínculo por meio do desenvolvimento da competência cultural quando sugere considerar a convivência, a interação e o diálogo que cada indivíduo traz por meio das diversas formas de costumes, de saberes, das crenças, de comunicação, dos afetos, das expectativas e necessidades. (BRASIL, 2010)

Quando a PNH sugere a criação de espaços coletivos onde os encontros entre as pessoas ocorram, apostava na reunião de equipe, mas não apenas. Estes outros espaços do cotidiano: o trajeto até uma visita domiciliar, a própria visita domiciliar, o cafezinho, a conversa informal no corredor - foram onde surgiram as melhores ideias de ações. Não obstante, a presença dos usuários no espaço formal da reunião de equipe - embora com as limitações já descritas - foi de grande impacto para a sensibilização que permitiu o vínculo. No encontro entre usuário e profissional, partindo de uma escuta qualificada, foi possível considerar o desejo, o interesse e a compreensão do usuário, bem como as possibilidades concretas do impacto daquilo que lhe é ofertado enquanto estratégia de enfrentamento. Foi possível debater algumas possibilidades ao invés de ofertar saídas protocolares. São nesses espaços coletivos onde o usuário pode definir conjuntamente que podem ser construídos vínculos capazes de produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade, possibilitando acordos de cuidado compartilhados. (BRASIL, 2010)

Os encontros espontâneos são os que permitiram a presente pesquisa existir e ter seguimento frente a mudanças conjunturais na UBS. Contudo, as atividades formais das reuniões de equipe são os momentos onde o trabalhador se fortalece, e se reconhece como sujeito de sua história individual e coletiva. A qualidade do vínculo entre trabalhador e usuário é interdependente da qualidade dos vínculos entre a própria equipe. Foi a aposta na coletividade, na sensibilização e em se deixar afetar pelas histórias que trouxeram os migrantes que permitiu que vínculo acontecesse. As

afetações produzidas nos encontros fortaleceram a característica necessária para a criação do vínculo nos trabalhadores, que para tal precisam sentir que tem algo a oferecer para os usuários. Sendo um recurso relacional, o vínculo é dependente de movimentos bilaterais, da equipe de saúde, por um lado, e do usuário, por outro. Nessa perspectiva, a construção do vínculo estimula progressivamente outro padrão de responsabilidade pela coprodução de saúde daqueles que vivem em sua microrregião (CAMPOS, 2003).

Ao ouvirem as histórias dos migrantes, entrarem em suas casas e se sensibilizarem com estas vivências, os trabalhadores foram desenvolvendo vínculos com esta população. Contudo, se por um lado é o vínculo que permitiu o desenvolvimento da competência cultural e dos novos arranjos, este vínculo não é compulsório. Um aspecto que surge ao longo da pesquisa que não havia sido considerado era porque estas histórias da vida dos migrantes não surgiam com tanta naturalidade anteriormente, nos contatos prévios. Um exemplo é o da informante índice, que já havia superado a barreira do idioma e da curta permanência no território. Ao pensar sobre porque sua história não era conhecida, volta-se ao encontro na reunião de equipe onde surge a dificuldade que os migrantes possuem de contar suas histórias. Segundo Aued (2024), o silêncio sobre a migração expressa, além de perda, laços rompidos e dor. São estes aspectos que mantêm as condições de história pregressa, de partida e de viagem obscuras. A condição de migrante mostra apenas a faceta mais visível de um todo com muitos problemas. A literatura pouco nos conta sobre os sujeitos reais que migram. Nada sabemos sobre quais são seus sonhos, suas motivações, suas discriminações ou suas dificuldades. A autora afirma que "quando a dor cai sobre uma pessoa, sem paliativos, a primeira coisa que arranca é a palavra. Se a dor não é grande, a pessoa até conversa com outros sobre o motivo da dor. Mas quando ela é muito grande, não." (AUED, 2024 p. 38) Neste sentido, o vínculo se mostra mais importante e é também fomentado por políticas públicas direcionadas a este grupo populacional que criem espaços para que estas histórias sejam contadas, e que garantam que os atores que surgiram com destaque neste processo, os Agentes Comunitários de Saúde, sejam integrantes obrigatórios da ESF.

As políticas de atenção em saúde também são produtos dos processos históricos acumuladores de múltiplas influências e articulações oriundas das distintas culturas que atuam sobre elas. Isso implica dizer que o retrato da atenção à saúde em um dado instante é resultado de processos constantes, cuja superação das insuficiências percebidas não se dará pela produção de pequenos ajustes em pontos isolados de sistema. Nesse contexto, foi possível identificar que através das estratégias de aproximação o serviço de saúde transformou-se em espaço de estímulo da sociabilidade entre seus usuários. Espaço para a constituição de novas relações, de trocas de informações, experiências e orientações que vão aos poucos restaurando o tecido social comunicativo com a criação e extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde. Nessas experiências desenvolvidas nos sistemas locais de saúde, pode se afirmar que surge uma tendência nos processos de trabalho e nas equipes de saúde contra-hegemônica ao individualismo. (COSTA, 2004)

Frente às dificuldades que a população migrante encontra ao acessar os serviços de saúde encontradas na pesquisa, políticas públicas recentes como a portaria GM/MS Nº 763 de 2023 e a Nota Técnica Nº 8/2024, representam avanços significativos. Balizam as diretrizes de atendimento à população migrante no SUS para este serviço que parece ser capaz de resolvê-las que é a APS. Essas recomendações rompem em suas resoluções diversas barreiras de acesso. Destacam a necessidade de registrar e atender migrantes sem a exigência de documentação específica, entre outros arranjos. Recomenda aos gestores que estes promovam a sensibilização cultural entre os profissionais de saúde. Entretanto, ainda existem desafios a serem superados, especialmente na implementação efetiva dessas recomendações em nível local. A continuidade da sensibilização dos profissionais de saúde é essencial para garantir que essas medidas resultem em melhorias concretas no atendimento à população migrante. Em suma, os resultados desta pesquisa trouxeram a importância da APS estar organizada através da ESF, e do desenvolvimento de vínculos fortes entre os profissionais de saúde e a população migrante para a ruptura das barreiras de acesso. As políticas públicas fornecem um quadro promissor para avançar, mas sua implementação eficaz dependerá do comprometimento contínuo com a formação e

sensibilização dos profissionais de saúde.

Os serviços de saúde lidam como nunca antes com uma presença esmagadora de doenças e condições crônicas, que nos faz resgatar a preocupação dos profissionais de saúde com os efeitos do adoecimento nas pessoas. O sucesso passa a depender em grande parte do interesse do usuário pela continuidade do tratamento, de seu entendimento, compreensão, motivação e comprometimento com práticas terapêuticas que podem muitas vezes ser desagradáveis, adoecedoras, de difícil acesso e ter resultados incertos. Neste cenário a adesão do usuário ao plano terapêutico, dependerá em grande parte da habilidade do profissional de saúde de se relacionar com ele. Em uma última análise podemos dizer que os cuidados de saúde têm uma finalidade maior, que não significa necessariamente a ausência de doença nem pode se resumir apenas a qualidade de vida. O objetivo dos cuidados em saúde, portanto, deve ser o de permitir que o indivíduo seja capaz de garantir seu direito à vida, a expressar os seus sentimentos e participar ativamente dele.

Se a partir dessa pesquisa foi possível inventar algo de novo, foi da importância de escutar as histórias para um fortalecimento da confiança e, portanto, dos vínculos entre usuários e equipe. Para além de ações panfletárias isoladas. Essa análise vai ao encontro da aposta da clínica ampliada. Afinal, quando surgem novos cenários na prática, devem ser analisados possibilitando acordos de cuidado compartilhados, o que favorece a produção de vínculos capazes de produzir autonomia e corresponsabilidade do cuidado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caminhante não há caminho,
se faz o caminho ao caminhar...
Golpe a golpe, verso a verso.
(Antonio Machado)

Ao chegar ao final desta dissertação, acredito ter aberto janelas para novos olhares e significações das práticas de cuidados de saúde, para pensar além do

exercício profissional, como nos colocamos para o mundo e para as outras pessoas. A pesquisa demonstra que a migração, enquanto fenômeno social complexo e globalizado, requer uma abordagem sensível e informada dos profissionais de saúde.

A metodologia da pesquisa-ação utilizada neste estudo permitiu um envolvimento profundo dos participantes, promovendo uma transformação em seu próprio objetivo inicial. Sua abordagem democrática favoreceu a co-construção de soluções que são sustentáveis, e estão alinhadas às necessidades reais dos participantes. O método permitiu através da colaboração, uma reflexão crítica com estratégias continuamente adaptadas durante sua execução. Além disso, a pesquisa revelou a importância de reconhecer os migrantes como sujeitos ativos na produção de sua própria saúde, em um processo de cogestão. O estudo evidenciou como elemento fundamental que a estratégia criada permitiu reflexões para os preconceitos que as equipes de saúde da família têm com relação às populações migrantes. Tais preconceitos são alimentados pela desconexão que as pessoas possuem enquanto comunidade de um certo território.

Mais que o desenvolvimento de uma competência cultural racionalizada, é preciso promover espaços que permitam tais ligações. Estas não devem se limitar a um componente curricular, mas serem incorporadas como uma filosofia de vida que percebe a sociedade de forma dinâmica. A presença de migrantes no território desafia os serviços de saúde a promoverem a integralidade e a intersetorialidade em suas práticas. A abordagem proposta visa ampliar a compreensão sobre a importância dos espaços de diálogos e convivência entre os trabalhadores, e destes com a comunidade. Estes espaços têm a importante função de incentivar a adoção de práticas de saúde que promovam o acolhimento de qualquer grupo vulnerável presente no território de saúde. Quando os trabalhadores adotam práticas inclusivas e sensíveis às necessidades culturais, podem ouvir as histórias, conhecer os indivíduos e romper barreiras, garantindo o acolhimento dos migrantes no SUS.

A integração dos migrantes como agentes ativos no processo de cuidado foi fundamental para a construção de práticas de saúde. Valorizar as experiências dos migrantes, ouvir suas histórias e conhecer suas realidades foi o fator que aproximou e

permitiu a criação de vínculos. Ao valorizar as histórias e experiências dos migrantes, os profissionais podem estabelecer vínculos de confiança, e de corresponsabilidade que são essenciais para um cuidado de saúde eficaz, humanizado e que promova a autonomia no cuidado. Reafirma-se ainda, a criação do vínculo como um recurso terapêutico essencial para a prática da saúde na APS.

O protagonismo dos trabalhadores coloca a possibilidade de realizar arranjos locais para o enfrentamento de novos desafios no território, como a chegada de migrantes, sobretudo com a figura do ACS mostrando sua importância enquanto profissional essencial para a Equipe de Saúde da Família. No entanto, os gestores também não podem desconhecer que a demanda em saúde é resultado de uma interação complexa entre fatores de ordem cultural remetidos aos serviços e aos profissionais de saúde. A capacidade de compreender diferentes perspectivas, histórias de vida, pensamentos e imagens do cotidiano são formas de reforçar as habilidades de pensamento crítico. Esta compreensão permite lidar com toda essa problemática no dia-a-dia. Embora não haja possibilidade de integralidade sem a garantia da universalidade do acesso, é importante ir além deste debate. Isso implica, necessariamente, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento, adotando inovações nas práticas em saúde. Mesmo que a medicina não seja capaz de eliminar as variadas formas de adoecimento social, espera-se que os profissionais da saúde sejam capazes de reagir e responder às necessidades daqueles cujos corpos e mentes suportam o peso dos problemas sociais. Assim, advogar por essas pessoas torna-se uma responsabilidade moral. Através de uma gestão clínica inclusiva e capaz de formar vínculos, é possível superar barreiras para a construção de um sistema de saúde mais justo e acessível para todos, independentemente de sua nacionalidade ou status migratório.

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, K.S., ROCHA, M.L. **Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise.** Psicologia, Ciência e Profissão.(4): 648-663. 2007. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400007>> Acesso em maio de 2023.

AUED, B.W. **O imigrante polonês Lourenço Wrublewski: recolhendo memórias, aquarelando lembranças.** 1 ed. Florianópolis, SC. Ed Insular, 2024.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/abstract/?lang=pt>> Acesso em 30 de maio de 2024

AYRES, J. R. C. M. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva , v. 10, n.3, p. 549-560, 2005. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013>> Acesso em 30 de julho de 2023

AYRES, J.R. C. M. **Uma concepção hermenêutica de saúde.** Physis (UERJ. Impresso) , v. 17, p. 43-62, 2007. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>> Acesso em 30 de julho de 2023

BAEZA, B., et al **Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas.** Si Somos Americanos, 19(1), pp.43-66. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-09482019000100043> acesso em 05 de janeiro de 2023.

BARBOSA, M. I. S; BOSI, M. L. M. **Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva.** Physis: Revista de Saúde Coletiva Dez 2017, v.27, no 4, p.1003 – 1022.

BATISTA, V. C. L. et al. **Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais de Saúde da Família.** SANARE, Sobral, v. 15, n. 02, p. 87-93, 2016. Disponível em:<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042/588>>. Acesso em: jan. 2020.

BRASIL. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em :

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: mar de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. (Série I. História da Saúde no Brasil). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017.

BRASIL. Lei Federal nº 13.684, de 21 de junho de 2018, **que dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária, e dá outras providências**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 763, de 26 de junho de 2023. **Institui Grupo de Trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de elaborar proposta para estabelecimento da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas**. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, de 23 de março de 2024. Brasília, 2024.

CACHADO, R. **Diário de campo. Um primo diferente na família das ciências sociais**. Sociol. e Antropologia. Rio de Janeiro. V. II - 02: 55-572, mai-ago, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2238-38752021v1128>> Acesso março 2023.

CAMPOS, G W S. *et al* **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada**. Interface n.18. Botucatu. Dez 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxgyjHpg9tJfGD5yVkk/?lang=pt>> Acesso abril 2023.

CAMPOS, G W S. **Reflexões sobre a clínica em equipes de saúde da família - texto I. Capítulo do livro Saúde Paideia**, São Paulo, HUCIEC, 2003. Disponível em: <www.gastaowagner.com.br> Acesso em: set. 2022.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; LEMOS SILVA, Sarah. Dados Consolidados da Imigração no Brasil 2023. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2023. Disponível em: <<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>> Acesso em: jun.2024

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface - Comunic, Saúde e Educ., v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em: fev. 2022

CECCIM, R. B. **Pacientes Impacientes: Paulo Freire.** In: Caderno de Educação Popular e Saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa / Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2007, p. 32-45. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: fev. 2022.

COSTA, A. M. **Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Saúde soc. 13 (3) Dez 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300002>>. Acesso em: jun 2022.

COUTINHO, J. G. D. **Se você está aqui, é porque eu existo: percepções múltiplas e deslocamentos do Sistema Único de Saúde no encontro com refugiados.** Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2019.

FERNANDES, F. M. B. ; MOREIRA, M. R. **Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [2]: 511-529, 2013

FOSTER, N. S. **O cuidado aos imigrantes bolivianos e às bolivianas no contexto da atenção primária à saúde : uma aproximação etnográfica.** São Paulo, 2017. [125] p. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) - Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2017.

GADAMER, H. G. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina.** Lisboa: Edições 70, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa - 4a edição. Cap. 13: Como delinear uma pesquisa-ação?** São Paulo, Editora Atlas, 2002. p. 143-147.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012. p. 502-506.

GIOVANELLA, L. et al. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/>> Acesso em: mai 2024.

GOUVEIA, E.A.H. *et al.* **Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas.** Revista Brasileira de Educação Médica, v 43, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/N9VB6SJs3Yxfnyyv3kQcDbt/?lang=pt>> acesso em 05 de janeiro de 2023.

GUSSO G., LOPES J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – 2ª edição. Cap. 4: Atenção primária à saúde.** Porto Alegre, Editora Artmed, 2019.

GRANADA D. *et al.* **Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana.** Interface (Botucatu). 2017; 21(61):285-96.

IANNI, Octavio. **Capitalismo, violência e terrorismo.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3a ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996.

MERHY, E E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo.** 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145).

PINHAIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025.** Pinhais, 2021. Disponível em: <<https://pinhais.atende.net/cidadao/pagina/plano-municipal-de-saude-pms>> acesso em novembro de 2022.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 2ª Edição. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

VELIS-ROJAS, L. *et al.* **Competências interculturais na atenção primária à saúde: um desafio para a educação superior frente a contextos de diversidade cultural.** Cadernos de Saúde Pública. V 35, 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>> acesso em dezembro de 2022.

VENTURA, D. e YUJRA, V.Q. **Saúde de Migrantes e Refugiados.** Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2019.

8 APÊNDICES

8.1 TCLE TRABALHADORES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, professor do departamento de Saúde Coletiva da UFPR e Tereza Jürgensen, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando, você, trabalhador da Unidade de Saúde da Família a participar de um estudo intitulado Atenção à saúde do migrante: O desenvolvimento da competência cultural em uma Unidade de Saúde da família. Este trabalho visa melhorar o atendimento à população migrante no serviço de saúde, pela capacitação dos profissionais baseada na necessidade do usuário migrante para que este atendimento seja compatível com as crenças e práticas culturais do usuário.

a)O objetivo desta pesquisa é desenvolver uma atividade de formação sobre o atendimento da população migrante para que os trabalhadores possam realizar um cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso da população migrante.

b)Caso concorde em participar da pesquisa, será necessário participar de uma atividade no formato de roda de conversa durante a reunião de equipe da Unidade de Saúde da Família e registrar suas percepções em um diário de campo.

c)Para tanto você deverá comparecer na Unidade de Saúde da Família Jardim Karla para participar da reunião de equipe, o que levará aproximadamente duas horas.

d)É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento de exposição pessoal durante a participação da atividade coletiva.

e)Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento ao participar da atividade coletiva, de ser questionado sobre algum aspecto que não queira trazer para o coletivo durante ela. Outro risco menor está no surgimento de conflitos interpessoais

decorrentes de divergência entre os profissionais da equipe no momento do planejamento das ações. Como medida de minimização dos riscos está o direito à não-participação a qualquer momento, a participação espontânea durante a atividade formativa, a garantia do anonimato dos participantes na divulgação dos resultados.

f) Você terá a garantia de que problemas como sintomas emocionais decorrentes do estudo serão tratados na Unidade de Saúde. No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa você tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei.

g) Os benefícios esperados com essa pesquisa são a capacitação da equipe visando a melhoria do atendimento em saúde da população.

h) Os pesquisadores Deivisson Vianna Dantas dos Santos e Tereza Jürgensen, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde - Rua Padre Camargo, 280, Unidade de Saúde da Família Jardim Karla - Estrada Ecológica de Pinhais, 3180, via e-mail: deivianna@gmail.com, tereza.jurgensen@pinhais.pr.gov.br, (41) 3360-7259 e (41) 3901-5827 no horário de 8-17h para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência você também pode me contatar Tereza Jurgensen, neste número, em qualquer horário: (41) 996488360.

i) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

j) O material obtido para este estudo será utilizado unicamente para essa pesquisa e será armazenado pelo período de cinco anos após o término do estudo. (Resol. 441/2011, 466/2012 e 510/2016).

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: os pesquisadores, sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

l) Você terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça seu nome.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa com transporte não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo, os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, sub-item g, Resol. 466/2012).

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item f.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Pinhais, ____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

8.2 TCLE USUÁRIOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, profesor del departamento de Salud Colectiva de la UFPR y Tereza Jürgensen, estudiante de maestría en el Programa de Maestría en Salud de la Familia de la Universidad Federal de Paraná, le invitamos, como usuario de la Unidad de Salud Familiar, a participar en un estudio titulado Atención sanitaria para migrantes: el desarrollo de la competencia cultural en una Unidad de Salud Familiar. Este trabajo tiene como objetivo mejorar la atención a la población migrante en los servicios de salud, capacitando a los profesionales en función de las necesidades de los usuarios migrantes para que esta atención sea compatible con sus creencias y prácticas culturales.

- a) El objetivo de esta investigación es desarrollar una actividad de formación sobre la atención a la población migrante para que los trabajadores puedan brindar una atención efectiva, comprensiva y respetuosa a dicha población.
- b) En caso de estar de acuerdo en participar en la investigación, se requerirá su participación en una actividad en formato de rueda de conversación durante la reunión del equipo de la Unidad de Salud Familiar y registrar sus percepciones en un diario de campo.
- c) Para ello, deberá asistir a la reunión del equipo en la Unidad de Salud Familiar Jardim Karla, lo que llevará aproximadamente dos horas.

d) Es posible que experimente cierta incomodidad, principalmente relacionada con la exposición personal durante su participación en la actividad colectiva.

Participante de la Investigación y/o Representante Legal:

Investigador Responsable o quien aplicó el Consentimiento Informado:

Orientador:

e) Algunos riesgos relacionados con el estudio pueden ser el sentirse cohibido al participar en la actividad colectiva, ser cuestionado sobre algún aspecto que no quiera compartir con el grupo durante la actividad. Otro riesgo menor es la aparición de conflictos interpersonales derivados de diferencias entre los profesionales del equipo en el momento de la planificación de las acciones. Como medida de minimización de los riesgos, se asegura el derecho a no participar en cualquier momento, la participación espontánea durante la actividad formativa y la garantía del anonimato de los participantes en la difusión de los resultados.

f) Se garantiza que cualquier problema, como síntomas emocionales derivados del estudio, será tratado en la Unidad de Salud. En caso eventual de daños graves derivados de la investigación, se asegura el derecho a una indemnización de acuerdo con la ley.

g) Los beneficios esperados de esta investigación son la capacitación del equipo para mejorar la atención sanitaria de la población.

h) Los investigadores Deivisson Vianna Dantas dos Santos y Tereza Jürgensen, responsables de este estudio, pueden ser encontrados en la Universidad Federal de Paraná - Sector de Ciencias de la Salud - Rua Padre Camargo, 280, Unidad de Salud de la Familia Jardim Karla - Estrada Ecológica de Pinhais, 3180, a través de correo electrónico: deivianna@gmail.com, tereza.jurgensen@pinhais.pr.gov.br, (41) 3360-7259 y (41) 3901-5827 en horario de 8 a 17 horas para aclarar cualquier duda que pueda tener y proporcionarle la información que desee, antes, durante o después de la finalización del estudio. En caso de emergencia, también puede ponerse en contacto con Tereza Jurgensen en cualquier momento en este número: (41) 996488360.

- i) Su participación en este estudio es voluntaria y si no desea seguir participando en la investigación, puede retirarse en cualquier momento y solicitar que se le devuelva este Término de Consentimiento Libre y Esclarecido firmado.
- j) El material obtenido para este estudio será utilizado únicamente para esa investigación y será almacenado por un período de cinco años después del término del estudio. (Resol. 441/2011, 466/2012 y 510/2016).
- k) Las informaciones relacionadas con el estudio podrán ser conocidas por personas autorizadas: los investigadores, bajo forma codificada, para que su identidad sea preservada y se mantenga la confidencialidad.
- l) Usted tendrá la garantía de que cuando los datos/resultados obtenidos con este estudio sean publicados, estos estarán codificados de manera que no aparezca su nombre.
- m) Los gastos necesarios para la realización de la investigación con transporte no son de su responsabilidad y usted no recibirá ningún valor en efectivo por su participación. Sin embargo, en caso de que sea necesario su desplazamiento hasta el lugar del estudio, los investigadores aseguran el reembolso de sus gastos de transporte (Ítem II.21, e ítem IV.3, sub-ítem g, Resol. 466/2012).
- n) Si usted tiene dudas sobre sus derechos como participante de investigación, también puede ponerse en contacto con el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEP/SD) del Sector de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraná, por correo electrónico cometica.saude@ufpr.br y/o teléfono 41-3360-7259, de 08:30h a 11:00h y de 14:00h a 16:00h. El Comité de Ética en Investigación es un órgano colegiado multi y transdisciplinario, independiente, que existe en las instituciones que realizan investigación con seres humanos y fue creado con el objetivo de proteger a los participantes de la investigación, en su integridad y dignidade, garantizando que las investigaciones sean desarrolladas dentro de los estándares éticos. (Resolución nº 466/12 del Consejo Nacional de Salud)

Yo, _____ he leído este Término de Consentimiento y comprendido la naturaleza y objetivo del estudio en el que he aceptado participar. La explicación que he recibido menciona los riesgos y beneficios. Entiendo que soy libre de interrumpir mi participación en cualquier momento sin tener que justificar mi decisión y sin que haya perjuicio alguno para mí. Se me ha informado que seré atendido sin costo alguno si presento alguno de los problemas relacionados en el ítem f.

De manera voluntaria, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Pinhais , ____ de _____ de _____

[Firma del Participante de la Investigación o del Responsable Legal]

Declaro haber presentado el estudio, explicado sus objetivos, naturaleza, riesgos y beneficios, y haber respondido de la mejor manera posible a las preguntas formuladas.

Firma del Investigador Responsable o de quien aplicó el Término de Consentimiento Informado

8.3 ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Introdução:

- Explicar o propósito do grupo focal.
- Breve apresentação das ACSs - nome, quanto tempo trabalha como ACS.

Pergunta	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • O que vocês já tinham ouvido falar sobre migração antes da primeira reunião de equipe sobre o tema? (exemplo: televisão, redes sociais, jornais, livros, etc) • Como foi a primeira vez que vocês atenderam um migrante durante o trabalho como ACS? Poderiam descrever onde e como ocorreu? 	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitar o conhecimento prévio sobre migração antes de terem contato com usuários migrantes no SUS. • Descobrir as percepções iniciais do ACS em relação aos migrantes.
<ul style="list-style-type: none"> • Como vocês acham que ser migrante pode influenciar no acesso e nos cuidados em saúde? • Antes da pesquisa na UBS, vocês já conheciam alguma adequação do serviço à condição dos migrantes? 	<ul style="list-style-type: none"> • Descobrir se os ACSs conseguiram perceber as barreiras de acesso dos migrantes ao acessar o SUS • Verificar se existiam estratégias para o seu enfrentamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Existem histórias ou experiências com os migrantes que os impactaram particularmente? • Como o trabalho com usuários 	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber se o contato com os usuários migrantes ao longo da pesquisa influenciou a percepção sobre migração e as necessidades deste grupo populacional.

<p>migrantes influenciou sua abordagem geral ao atendimento comunitário?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vocês perceberam alguma mudança na comunidade local ou na UBS devido à presença de migrantes? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Existem recursos ou treinamentos adicionais que vocês acham necessários para lidar com as necessidades específicas desses usuários? 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que sugestões os ACSs têm para melhorar o atendimento aos usuários migrantes do SUS

8.4 DIÁRIOS DE CAMPO

Diário de Campo #1

Visita domiciliar à domicílios de migrantes

27/06/2023 - 14 horas

Participantes: Agente comunitário de Saúde, Enfermeira e Médica.

Quando um morador novo chega no bairro, é necessário estar cadastrado na unidade de saúde para acessar os serviços disponíveis. Algumas vezes, durante as visitas domiciliares em sua microárea, o ACS fica sabendo que uma família mudou-se para um domicílio desocupado e aproveita passar ali para realizar o cadastro. Principalmente quando trata-se de domicílios que antes eram ocupados por pessoas que utilizavam os serviços da UBS, portanto conhecidos. Outra situação muito

frequente no bairro, são casas pertencentes a moradores antigos, que possuem um bom vínculo com o ACS, com amplos terrenos nos quais foram construídas casas de aluguel. Como possuem bom vínculo e em com frequência vivem da renda dos alugueis, sempre estão em casa e recebem bem o ACS. Estes moradores informam ao ACS quando alugam as casas e os mesmos vão até o local realizar o cadastro. Caso isso não ocorra, os indivíduos devem comparecer até a unidade de saúde, solicitar o cadastro trazendo um comprovante de endereço - mesmo que não esteja em seu nome - e seus documentos pessoais. Após o cadastro realizado presencialmente na UBS, para acessar qualquer serviço, essa pessoa que buscou diretamente a UBS necessita aguardar que o ACS vá até o endereço informado e confirme se ela realmente reside ali, além de completar o cadastro com todas as informações da ficha A do sistema de informação do SUS.

Além dos serviços que associamos à uma UBS - consultas, odontologia, farmácia, vacinas - um serviço muito procurado é o comprovante de situação vacinal atualizada. Este comprovante, que é um documento em papel timbrado, é exigido pela rede municipal para que as crianças possam ser matriculadas. A pessoa cadastrada na UBS com seu endereço confirmado pelo ACS, consegue também um documento oficial do município que serve como comprovante de endereço. Esse documento é bastante solicitado por pessoas que moram em casas de aluguel, sobretudo se o domicílio não possui ponto próprio de energia elétrica, o que muitas vezes vem incluído no aluguel. A obtenção destes dois documentos são alguns dos motivos pelo qual o migrante, mesmo que recém chegado, busca o cadastro na UBS.

O motivo da visita era a confirmação de endereço pelo ACS, pois foi informado à ACS que uma mulher havia solicitado cadastro para sua família - venezuelana, é a única família de migrantes que tenho em meu território - ela falou. No entanto, havia no local 3 domicílios de migrantes, todos cubanos. Dois deles já estavam há vários meses no território.

A ACS já conhecia o terreno, que se tratava de um terreno com 5 quitinetes de aluguel pertencente a outro usuário da USF. Ao chegarmos ao local, entramos pelo portão sem avisar, embora a ACS não conhecia nenhum morador. Ela disse que o dono da propriedade já instruiu ela em outras ocasiões, bastava entrar quando assim

necessitasse. A localização era bem próxima à UBS, uma rua asfaltada, com casas bonitas e grandes, em sua maioria bem pintadas e com jardim. O endereço era um terreno muito grande e vazio, de chão batido com algumas partes em brita, onde ao fundo havia uma construção térrea que de longe aparentava ser uma casa única, pequena e simples, de paredes brancas mal pintadas, com cobertura de eternit e sua garagem ao lado. Ao invés de carro, tinha um varal cheio de roupas coloridas. As roupas eram claramente novas, de marcas norte-americanas, não eram roupas surradas. Passamos por esta garagem para acessar os fundos do terreno, que tinha muito entulho - restos, madeiras, ferros, dando um aspecto de abandono. Nenhuma planta, sinal de jardinagem. Na parte de trás da construção era mais perceptível que havia ali três quitinetes, pois eram três portas e três janelas, lado a lado. Todas fechadas como se não tivesse ninguém ali.

A ACS então chamou algumas vezes, e sem resposta falou: "Viu, não tem ninguém, para variar." Bateu mais uma vez em cada porta, e quando nos viramos para ir embora, ouvimos um barulho de fechadura. Eis que na última a porta se abre e sai uma mulher jovem, alta, parda, com um sorriso no rosto embora parecia haver recém despertado, acompanhada de uma menina pequena. Era S., de nacionalidade cubana, que mora ali com o esposo e duas filhas. Foi ela quem solicitou na USF o cadastro do ACS. Quando nos identificamos como equipe de saúde da família, mantendo a comunicação com ela em espanhol, ela disse que conhecia a saúde da família pois em seu país de origem trabalhava como Educadora Física em um policlínico na província de Ciego d'Ávila. Ela disse que conheceu o endereço de aluguel através de um outro morador que reside na quitinete ao lado e se conheciam desde seu país de origem. Ele também era de "deportes"- denominação utilizada em Cuba tanto para atletas como para educadores físicos. Está há 15 dias no Brasil, e contou que chegou através do Suriname, passando por Roraima e veio direto para o Paraná. Expliquei o motivo da visita domiciliar, e a ACS perguntou quem mais morava no local. Ela então disse que ao lado residia um homem sozinho, seu conhecido que também é de nacionalidade Cubana, e na outra unidade um homem brasileiro. Uma das unidades estava vazia e na outra residia um outro casal de migrantes. Todos os migrantes eram cubanos procedentes da mesma província, e já estavam há algum tempo ali. Nenhum dos

moradores era conhecido pela ACS. Expliquei para ela sobre a pesquisa e a convidei para participar, e se mostrou muito interessada, afirmou novamente que como trabalhava no setor de saúde, gostaria de contribuir. A conversa se deu na área externa, e não foi possível visualizar o interior da residência. A ACS me deixou falando em espanhol com ela, mas disse que estava entendendo o que ela dizia. Algumas vezes interferia perguntando para mim algo que necessitava saber dela, outras perguntava diretamente à ela, em português, mas pouca coisa. Ela respondia em espanhol. Perguntei se ela tinha dificuldade para compreender, ela me disse que eles estavam acostumados a usar o tradutor do celular. Contou que ainda estava nos trâmites burocráticos, que ainda não tinha conseguido o registro nacional de imigrante - RNI - portanto não podia conseguir trabalho formal. Encerramos a conversa, e ela foi nos acompanhando para a parte da frente do terreno, de saída.

Já estávamos de saída, quando na frente do terreno vemos uma das quitinetes que estava fechada ao chegarmos, aberta. Ali estava uma mulher jovem, branca, que nos cumprimentou sem sorrir, com olhar desconfiado. Neste momento, a ACS se dirige até ela e pergunta se ela residia ali, e ao obter a resposta afirmativa, indaga se a mesma já realizou o cadastro na USF. Ela rapidamente diz que sim, com tom defensivo, e acrescenta que já atualizou sua vacina que já está tudo certo. Pergunto se a ACS tinha confirmado esse endereço ela responde: não, não me passaram. Paramos para conversar na janela, eu me apresentei em espanhol, apresentei os demais. A S. estava conosco, e sentou na área externa, em uma mureta e fez um sinal para ela de que estava tudo bem. Então ela nos convidou para entrar na quitinete. Era uma pequena casa de peça única, mal cabíamos todos. Separando apenas o banheiro, tinha uma cama de casal, um sofá de dois lugares, uma geladeira, pia com armários embaixo, fogão e mesa. Tudo muito limpo. Nos convidou para sentar, mas manteve-se em pé o tempo todo, com os braços cruzados e discurso acelerado, mesclando espanhol e algo de português. Nos contou que está morando ali há 5 meses, tempo que está no país. Mora com seu esposo, que estava no trabalho. Ela não trabalha, pois estava trabalhando a noite em uma cozinha e agora busca outra ocupação. Muito sofrido trabalhar em cozinha - ela falou - ainda mais a noite, eu não dou pra isso. Expliquei sobre a pesquisa que estamos fazendo, convidei ela a participar e ela disse

que esperava começar a trabalhar logo durante o dia. Mas diz que se o horário permitir, aceita, relaxando a postura e descruzando os braços. Não contou nada sobre sua vida em Cuba, suas respostas eram bastante evasivas. Ao ser questionada disse que não acessou outros serviços da UBS, apenas vacinas. Seu esposo não foi ainda até a UBS. Neste momento nos despedimos e a ACS volta e informa que se precisarem de algum comprovante de endereço podem perguntar por ela na unidade de saúde, repetindo seu nome, duas vezes e confirmando se elas entenderam o nome. Quando saímos, vimos que S. havia acompanhado de fora a conversa, e ambas ficaram conversando após a nossa saída.

Impressões:

Ao entrar no terreno, jamais imaginaria que o interior da casa estaria tão organizado, eram dois cenários muito distintos. Fiquei pensando como sendo migrante, apenas tem acesso a uma forma mais precária de moradia devido ao preço do aluguel e também ao tipo de contrato. Penso que os ACSs não dedicam a mesma atenção a este tipo de moradia, veem como um vínculo frágil, pessoas que se mudam rapidamente, pessoas que não tem pertencimento à comunidade como o próprio ACS. Outro aspecto que me chamou atenção foi o do ACS não ter feito o interrogatório completo da ficha do E-SUS. Depois quando eu perguntei ela disse que não tinha encontrado a ficha cadastral desta família que fomos visitar, então iria deixar o cadastro em seu nome para que as pessoas pudessem utilizar os serviços da USF porém somente completaria as informações no mês seguinte, em nova visita. Ela não demonstrou também interesse em cadastrar as outras famílias. Na primeira casa, S. nos recebeu de forma mais amistosa, falou livremente com a equipe lembrando muito a recepção que os cubanos sempre oferecem. Já na casa da D., embora nos convida para entrar, todo o tempo estava com discurso defensivo, como se fossemos supervisionar algo em sua casa. Talvez devido ao tempo de permanência no país e alguma vivência que já teve no processo de fiscalização migratória. Mas não deixei de pensar que claro, após estar ali durante 5 meses e ninguém aparecer, era de se estranhar. Então penso que além da primeira moradora que conversamos ter a vivência anterior no serviço de saúde, na APS em Cuba, acho que o que mais influenciou a receptividade foi o tempo decorrido

entre estar no país e ter contato conosco. Acho que a ACS não prioriza estas visitas. Talvez se ela estivesse sozinha ali, não insistiria em chamar e logo iria embora.

Diário de Campo #2

Visita domiciliar à domicílios de migrantes

27/06/2023 - 15 horas

Participantes: Agente comunitário de Saúde e Médica.

Após algumas conversas informais com as ACSs da USF sobre quem poderia ser o informante índice entre os usuários do serviço que são migrantes, muitos denominaram a V. Então solicitei à ACS da área que marcasse uma visita domiciliar para realizar um primeiro contato com ela para conversarmos sobre a pesquisa. Quando chegamos no local, V. já estava nos aguardando. A ACS havia avisado que iríamos. Ela mora há mais tempo no bairro, aproximadamente 3 anos, e a ACS me falou que ela é uma família acolhedora no bairro. Perguntei o que era isso, ela disse que ela é da família que recebe e hospeda os migrantes assim que chegam ao município. Até que encontrem emprego e uma moradia - disse. Então ali sempre tem muita gente, mas são de passagem.

O local onde ela mora é um imóvel localizado na mesma rua da UBS, que é a rua principal do bairro, fica há 3 quadras apenas da unidade de saúde. É um sobrado grande dividido em muitas casas. Na parte de baixo reside a proprietária com sua filha e neto, que é onde ela tem um salão de beleza, um atelier de costura e ao lado um bar. Os comércios são todos da proprietária. Fomos recebidos na garagem, e V. nos convidou para entrar e sentar-nos no atelier da dona do imóvel. Entrei com ela e a ACS ficou do lado de fora, conversando com a proprietária. V. é uma mulher jovem cor de pele parda, cabelos pretos alisados, vaidosa e com sorriso no rosto. Mora em uma das casas de aluguel com esposo e dois filhos pequenos. Expliquei sobre o projeto a ser realizado na USF e perguntei se ela tinha interesse em participar, rapidamente disse que sim. Perguntei se ela preferia conversar em espanhol, e me disse que achava mais fácil. Segui a conversa no idioma espanhol, mas ela sempre me respondia com uma mistura de português e espanhol. Me contou que tem aproximadamente 12 pessoas de sua família morando no bairro, e que ela foi a primeira a chegar, que reside aqui há 3

anos. Comentou sobre a importância, pois quando alguém chega novo no bairro, ela sempre precisa levar a pessoa até a USF para ensinar como é o serviço. Falou que sente-se muito integrada ao bairro, que seu esposo trabalha em um açougue ganhando um salário que ela considera satisfatório. Contou que tem muito orgulho de seu filho de 10 anos ser o representante de turma na escola, por ter se destacado, e de ouvir a professora dele dizer que ele conhece mais da história do Brasil que os brasileiros. Diz que sempre foi muito bem recebida, e que o preconceito com relação aos migrantes "se tem, muitas vezes é por culpa de nós mesmos". Quanto ao sistema de saúde, ela disse que é bem diferente da Venezuela. Relatou que antes não tinham acesso à saúde, mas que no governo do Chávez foram construídos postos de saúde nos bairros. Mas que depois, estes postos de saúde segundo ela não tinham recursos para curar doenças : "Você ia consultar só te mandavam lavar as mãos". Ao ser questionada sobre ações para auxiliar o acesso dos migrantes às USFs, ela diz que seu maior trabalho é acompanhar os migrantes recém chegados para auxiliar com o idioma. Citou o exemplo do recurso do banco que eles utilizam para enviar remessas de dinheiro para a Venezuela, que é de ter opções escritas que facilitam a compreensão e acrescentou que "entender somente de escutar é muito difícil no começo". Confirmei seu contato e a convidei para as demais atividades na USF.

Impressões

A ACS não participou da conversa e pude entender depois que ela não tinha ainda a percepção de que a construção do plano de ação seria feito pela equipe. A apresentação do projeto à equipe no espaço da reunião ainda irá acontecer, mas talvez deveria ocorrer primeiro. O fato de V. já ser esta pessoa que auxilia os migrantes recém-chegados facilitou muito a sua adesão ao projeto. Ela tem um bom vínculo com a ACS e com a USF, mas não foi possível determinar seu conhecimento sobre o sistema de saúde no primeiro contato.

Diário de Campo #3

Visita domiciliar a usuários migrante - microárea

04 de julho de 2023

Sáímos para realizar visitas domiciliares habituais nesta microárea. Eu de antemão já tinha solicitado que fossemos visitar domicílios de migrantes depois. A ACS me disse que tinha uma guia de agendamento para entregar a elas, que esperaria a data da visita domiciliar para fazê-lo. Quando chegamos no endereço, eram duas pequenas casas de aluguel em um corredor de acesso comum através de um portão. A fachada da casa era bem conservada assim como o corredor de acesso.

Quando chamamos na entrada, duas moradoras de casas separadas vieram até nós. Eram duas mulheres jovens, entre 20 e 40 anos, aproximadamente. Nos receberam em uma área comum, não nos convidaram para entrar. A ACS conhecia ambas, de contatos de visitas periódicas, mas não conhecia a família completa, embora todos cadastrados. O local das casas era de propriedade de uma outra família atendida e conhecida na UBS. É uma casa grande, bonita e ampla, cuja família reside na parte da frente. Na lateral está este portão que dá acesso à garagem da casa principal, que segue com um corredor e aos fundos estão as duas casinhas de aluguel. Não acessamos a casa das migrantes propriamente dita, pois a área comum era de uso dos proprietários. Expliquei a pesquisa, trazendo dificuldades de acesso aos serviços de saúde que possam ter surgido com elas. Utilizamos uma mistura de espanhol e português, pois uma não dominava ainda o idioma, e a ACS participou ativamente da conversa. Elas disseram que não tiveram muita dificuldade, uma delas brincou com a outra, deixando a entender que a outra utilizava até demais. Elas antes residiam em outra microárea, que também pertencia ao território de abrangência da UBS. Havia mudado há pouco tempo neste endereço, segundo elas pelo preço do aluguel. Consultavam, portanto, com o médico da outra equipe. A ACS já tinha descrito uma delas como hiperutilizadora da UBS, quando no endereço prévio. Ambas tem crianças pequenas, e me contaram que utilizavam a UBS mais que tudo para atendimento de síndromes respiratórias agudas nas crianças. Uma delas me disse que a dificuldade que teve foi de conseguir os agendamentos na UBS, motivo pelo qual comparecem mais à UPA. Contou que devido ao horário de atendimento da UBS chegou a perder um emprego, por tentar consultar, faltar ao trabalho e não conseguir o atendimento. Convidei para participar da pesquisa, das atividades que seriam realizadas na UBS. Uma disse que era difícil pelo trabalho, não demonstraram muito

interesse. A ACS insistiu dizendo que poderia ser também seu esposo, que a avisaria de todas formas. Quando saímos, a ACS comentou que elas não pareciam ter muito interesse em fazer contato com a equipe, e acrescentou - Como que não podem participar da atividade se agora mesmo estão em casa?

Impressões

Uma das migrantes falava melhor em português - trabalha com telemarketing. A outra - descrita como hiperutilizadora - tinha muito mais dificuldade no português e nos comunicamos em espanhol. Fiquei pensando sobre a relação do hiperutilizador com não conseguir acessar suas chamadas queixas ocultas nos atendimentos, gerando múltiplos atendimentos. Ela era mais tímida, quase não falava português não tinha como não pensar se ela estava conseguindo acessar sua queixa principal. Acho que elas não tem sentimento de pertencer à comunidade o suficiente para se envolver nas atividades da UBS, mas a ACS ficou chateada por isso, como se devesse ser compulsório este sentimento de pertencer à comunidade pelo simples fato de residir no local. A ACS vê aquela moradia como uma moradia de boa qualidade, não vê vulnerabilidade naquela situação.

Diário de Campo #4

Reunião de Equipe

Local: UBS

Data de realização: 13/07/2023 às 15 horas

Participantes: Trabalhadores da ESF.

As reuniões de equipe periódicas nas UBSs do município estão previstas e são garantidas pela gestão municipal. Ao longo dos anos, muitos arranjos já se fizeram para a organização das mesmas. Antes do período da pandemia da covid-19, as reuniões eram realizadas em semanas intercaladas - com uma periodicidade quinzenal - e ocorriam no período vespertino - de 14 à 17 horas. A UBS sempre fecha durante o tempo de reunião de equipe. As reuniões foram suspensas durante o período de restrição devido ao enfrentamento da pandemia covid-19, com a premissa de evitar

aglomerações e também porque boa parte das ações eletivas estavam suspensas. Quando as atividades eletivas retornaram, a reunião de equipe demorou para voltar a acontecer. Inicialmente, ficou com periodicidade mensal, horário reduzido e estes arranjos permaneceram. Atualmente a reunião de equipe ocorre duas vezes no mês, sendo cancelada caso a data corresponda a recesso ou a coordenadora da UBS não esteja presente, além de manter-se no horário reduzido, entre 15 e 17 horas. Não é raro a pauta da reunião de equipe ser ocupada por alguma atividade de educação continuada proposta pela própria secretaria de saúde.

Após pactuação com a gestão local, agendei este primeiro momento junto à equipe para apresentar a pesquisa e convidar a equipe a participar. Estiveram presentes os trabalhadores de todas as categorias que compõem a equipe de saúde da família. A saber: Agente comunitário de saúde, Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Médico, Farmacêutica, Dentista, Técnico em Saúde Bucal, Coordenadora da unidade.

Propus como introdução, um vídeo institucional da prefeitura de São Paulo. O vídeo, uma resposta do município ao número crescente de migrantes em seu território, abordava o tema da xenofobia e trazia a consigna: “somos todos migrantes”. Todos assistiram bem atentos ao vídeo. Ao encerrar, apresentei a pesquisa e realizei a leitura do TCLE. Na sequência, trouxe informações sobre migração, sobre o desenvolvimento da competência cultural na APS e também propondo e explicando a gestão da clínica como uma solução para melhorar o atendimento em saúde dos migrantes. Seguindo com uma conversa sobre a percepção dos trabalhadores com relação ao tema proposto.

Durante a reunião, alguns trabalhadores contribuíram trazendo relatos de experiência em atendimentos que realizaram aos migrantes. Algumas trabalhadoras trouxeram a impressão de que os migrantes não têm problema de acesso aos serviços, designando os mesmos como hiperutilizadores do sistema de saúde, dizendo que lotam as unidades, e alguns já possuem muitos atendimentos. Foi levantado a possibilidade de muitos comparecerem para buscar afastamento de suas atividades laborais, pois muitos designados como hiperutilizadores são jovens, ao contrário dos hiperutilizadores locais. Outra acrescentou que pensa que isso ocorre pelo fato de não terem acesso à saúde de onde vem, outros colocaram o fato de muitas vezes terem

queixas ocultas que não conseguem acessar em seu primeiro atendimento. Outro profissional trouxe a percepção de que os migrantes lhe dão a impressão de serem mais instruídos ao chegar nos atendimentos, indicando pensar que eles possuem um nível educacional superior ao da população geral que é atendida na UBS. Colocou como mesmo com a dificuldade de comunicação são capazes de compreender as informações fornecidas, expressar o sentem, buscar atendimento no início das condições de adoecimento. Neste momento muitos concordaram. Outra trabalhadora lembrou que no dia anterior boa parte da equipe participou de um atividade de educação continuada no município sobre aleitamento materno, onde foi citado um exemplo de não adesão à prática do aleitamento materno exclusivo. Este exemplo foi de que muitas mulheres Haitianas introduziram alimentos antes dos bebês completarem 6 meses, e que era uma conduta equivocada associada a um costume desta população. Esta trabalhadora questionou o exemplo dado, se era adequado ou tratava-se de preconceito com esta população visto que muitas mulheres brasileiras também introduzem a alimentação complementar antes. Alguns não participaram do debate, outros não falaram mas mostraram interesse nas falas dos colegas.

Muitas pessoas vieram individualmente conversar comigo após a apresentação, interessadas no desenvolvimento da atividade. Uma delas foi uma técnica de enfermagem que também trabalha em um serviço de urgência. Ela veio me contar, que naquela noite tinha chegado à urgência uma pessoa que não era brasileira, não falava português nem nenhum idioma que a equipe conseguia entender. Ao ver a pessoa assustada, e queixando-se de dor, tentou explicar para ela o procedimento que iria realizar - medicação endovenosa através da mímica. Ela me contou que lembrou da reunião, e disse: “Eu pude perceber o quanto é necessário o desenvolvimento da competência cultural no atendimento ao migrante. Doutora, aquela mulher saiu da urgência pior do que entrou. Ninguém entendeu ela, nem conseguiu descobrir o que ela tinha. No fim fizeram qualquer medicação analgésica e mandaram ela embora com dor.”

Outra pessoa foi a médica que trabalha a pouco tempo na UBS. Disse que quer muito contribuir com a pesquisa, pois embora ela não tenha contado para ninguém ainda na UBS, ela foi migrante por 16 anos. Após a reunião ela sentiu-se confortável

para contar, mas diz que é algo que não consegue verbalizar em todos os locais onde trabalha pelo preconceito que sofreu durante e após a vivência. Mas que consegue perceber a importância de que a equipe de saúde da família desenvolva a competência cultural ao atender a população migrante.

Impressões

A maioria da equipe não tinha a percepção do migrante como um grupo populacional vulnerável, ou nunca tinha parado para pensar sobre. Eu achei que poucas pessoas trariam suas experiências particulares com atendimento aos usuários migrantes, o que me surpreendeu. Poucos demonstraram estar familiarizados com conceitos que foram abordados, incluindo a competência cultural.

Diário de Campo n. 5

15/07/2023

Oficina com os migrantes

Local: UBS

Participantes duas usuárias migrantes, com acompanhantes, duas ACSs e eu.

Após a reunião de equipe, a ideia foi de aproximar mais os usuários migrantes da UBS através de uma atividade coletiva, para verificar quais eram as principais demandas em saúde que eles apresentavam na realidade local. Sua organização foi realizada junto aos ACSs, que sugeriram realizar no mesmo formato que utilizam para a realização das demais atividades coletivas da UBS que chamam de grupos.

As datas entre a apresentação para equipe e a realização da atividade foram muito próximas, quase sequenciais. Foi pactuado com a gestão duas ACSs para a participação na data, que se ofereceram espontaneamente. Foi com elas que a atividade foi desenhada. Queríamos que mais usuários migrantes participassem trazendo suas percepções sobre as demandas em saúde, além das que foram convidadas para participar da próxima reunião de equipe. Elas propuseram fazer a divulgação da atividade como a fazemos nas demais atividades coletivas da UBS. Foi realizado um cartão de divulgação impresso para ser entregue pela equipe de ACS

durante suas visitas domiciliares e este cartão foi também encaminhado digitalmente pelo WhatsApp para os usuários migrantes.

Para o dia de hoje, uma das ACSs propôs uma dinâmica onde através desta cada migrante retrataria uma dificuldade ao chegar no país e o que mais gostou. Outra ACS mencionou que era importante fazer um café para recebê-los no local. Após a roda de apresentação e dinâmica, iríamos trazer as demandas em saúde organizando em três eixos principais: democratização, desburocratização e adequação.

Apareceram para a atividade as duas usuárias migrantes que tinham concordado em participar da reunião de equipe, cada uma trazendo um familiar. Primeiro chegou uma, e mais de meia hora depois a outra. Então tivemos que mudar a programação e fomos conversando com as que estavam presente. A primeira era a cubana que tinha recebido a visita da equipe em sua casa. Ela contou um pouco sobre a trajetória migratória para o país, causas que motivaram a migração, dificuldades que encontrou ao chegar aqui e porque escolheu esta cidade. Boa parte da conversa foi em espanhol, pois ela não domina ainda o idioma. Mesmo assim as ACSs iam conversando em português e ela respondia em espanhol com apoio da minha tradução.

Eu perguntei como ela tinha descoberto a UBS e contou que imediatamente ao chegar já buscou realizar o cadastro na UBS, pois ela e suas filhas possuem doença crônica. Contou que não teve dificuldade mesmo portando apenas passaporte e comprovante de endereço. O que não foi aceito integralmente, foi a carteira de vacinação. Foi revacinada com duas vacinas, e ela mesmo questionou para mim: “Eu tinha feito a vacina da febre amarela 15 dias antes de sair de Cuba, e tinha a carteira de vacina internacional, mesmo assim fizeram novamente aqui.” Neste momento, a ACS levantou-se e foi escrevendo em um quadro que havíamos organizado para o registro das demandas em saúde. Assim, decidimos manter esta dinâmica na atividade. Mesmo quando chegou a outra participante com sua família, seguimos a conversa em roda e quando surgia algum ponto que se relacionasse com os serviços de saúde, era anotado no quadro. A outra participante era venezuelana, e já está há mais tempo no país, trazendo outros olhares, mas muitos convergentes. Novamente tocou no tema da vacina, e disse que é um relato que todos seus conterrâneos trazem ao relatarem suas idas ao serviço de saúde. Ela fez uma fala onde trazia a percepção de sua condição de

vulnerabilidade enquanto migrante. Com certo receio no olhar, falou “eu sei que a gente tem direitos, a gente tem até mais direitos que as outras pessoas”. Neste momento houve um certo desconforto, onde ela olhava a todo tempo para as ACSs, então ela acrescentou: “a gente tem também deveres, mas tem direitos”. Então retomei o conceito de população vulnerável com os presentes, onde todos assentiram e ela então reafirmou sua fala com mais segurança.

Uma barreira que apareceu com maior frequência foi a do idioma, em diversas situações. Foi quando a ACS sugeriu que seria talvez um caminho para a construção do vínculo, seria a utilização do idioma do migrante como acolhimento. Vários pontos foram selecionados para levar à reunião de equipe: incompatibilidade de vacinação, medo de não ser bem recebido ao chegar na unidade de saúde, medo de não ser compreendido, desconhecimento dos serviços disponíveis e dos fluxos de atendimento, entre outros. Uma das migrantes contou que seu esposo não quis ir até a unidade de saúde pois ficou com medo de não ser compreendido, de não conseguir se comunicar e disse que pensa que isso é uma barreira de acesso. Disse: "Ele me falou: nem sei se eu posso entrar lá... " A outra migrante acrescentou: "É como quando a gente vai enviar a remessa de dinheiro, e entra na agência de transferência de dinheiro e de início vê mensagens escritas em vários idiomas. Em inglês, em português, em espanhol... então quando a gente entra lá a gente sabe que é um lugar onde a gente pode ir, onde a gente será recebido."

Após alguns minutos de conversa, as ACSs começaram a participar fazendo algumas perguntas. Perguntavam muito sobre como era o país de origem, e qual a percepção que elas tinham sobre o Brasil. Basicamente relacionado às manifestações culturais, demonstrando bastante curiosidade sobre os costumes e cultura dos países de origem. Neste momento, a cubana fez uma fala relatando que embora migrou por motivos financeiros, gosta muito do seu país, pensa em um dia voltar. Diz que lá tem muitas coisas bonitas, paisagens, comidas, música e que sente falta da sua cultura. Seguimos com a roda de conversa, tomamos um café da manhã juntas e finalizamos a atividade.

Quando ficamos apenas eu e as duas ACSs pedi que elas fizessem um breve relato da experiência desta atividade.

Relato 1. “Sou agente comunitária de saúde, e participei de uma roda de conversa para elaboração de um plano de ação com os migrantes. Foram convidados todos os migrantes do bairro, mas estiveram presentes apenas 2 venezuelanas e 2 cubanas. Teríamos a realização de uma dinâmica para conhecer melhor as dificuldades encontradas quando chegaram em Pinhais, mas não pode ser feita pois haviam poucas pessoas. No entanto elas nos trouxeram as suas dificuldades. Comunicação, informações em outros idiomas para que consigam acessar serviços de saúde e locais públicos. Algumas vacinas que fizeram em seus países de origem aqui não têm validade. Sentem saudades de seu país, mas foram muito bem acolhidas e gostam do transporte público daqui.”

Relato 2. “Sou Agente Comunitário de Saúde. Como imaginamos situações ou como julgamos as pessoas sem conhecer a sua história. Neste sábado tive uma experiência sobre os estrangeiros que eu tinha uma visão totalmente diferente do porque eles vinham para cá. Pude observar como foi difícil a situação de largar tudo, em busca de uma vida melhor tendo que deixar a família e a história para trás. Ouvi as histórias sobre cultura, suas comidas, suas dificuldades que é uma das causas de saírem do país. Observei no olhar de uma delas a saudades quando falava das belezas de seu país, mas que por motivos maiores teve que deixar tudo para trás. Observei também como é difícil para eles quando chegam sem falar (o idioma), sem conhecer ninguém para orientar o que fazer e onde ir. Hoje posso dizer que tenho um olhar diferente e quero aprender como posso ajudá-los.”

18/07/2023:

Uma das ACSs que participou da roda de conversa no sábado teve a iniciativa na segunda-feira seguinte de traduzir os principais cartazes informativos que ficam na recepção da UBS, que fica justo na entrada da UBS e é a primeira coisa que alguém que entra visualiza. Perguntou para a coordenação e pediu para eu revisar a tradução que ela mesma tinha feito com auxílio da internet. Imprimiu a versão em espanhol e afixou ao lado dos cartazes em português. Não eram cartazes extensos ou com informações complexas. Tinham dizeres como "É obrigatório documento com foto para

o atendimento" Ela quis deixar visível para o migrante que chegar na UBS, que ali ele era bem-vindo e que seria compreendido mesmo falando em outro idioma.

Impressões:

Algumas limitações dificultaram a adesão dos migrantes à atividade proposta, incluindo a disponibilidade de data e horário para sua realização. Mas também percebo que a maioria das atividades coletivas com grande adesão de usuários é fruto de uma intensa mobilização da equipe de ACS em garantir a participação e normalmente participam os usuários que possuem mais vínculo com elas. Penso que nos dois sentidos isso não ocorreu: não tinham vínculo e não fizeram uma mobilização grande que garantisse ampla adesão.

Enquanto eu direcionava a conversa à experiência com o serviço de saúde, as ACSs perguntavam muito sobre como era o país de origem. Eu demorei para perceber porque queria não perder o foco da construção que estávamos fazendo, mas elas estavam mais interessadas em conhecer estas pessoas. Queriam saber suas histórias, acho que essa foi a parte que elas mais participaram. Mesmo tendo migrantes em seus territórios, elas não sabiam nada sobre Cuba, Venezuela, migração. Como se elas realmente nunca tivessem conversado com usuários migrantes para conhecer sua história ou quem eram aquelas pessoas. Algo que com frequência vejo elas fazerem com os brasileiros pois quando pergunto sobre a dinâmica familiar para entender o contexto geral no qual estão inseridos os usuários

Fiquei um pouco insegura que apenas eu fosse conseguir criar vínculo com as usuárias, até porque me senti mais confortável com a migrante que veio de Cuba. Mas acho que a atividade permitiu iniciar esta aproximação com a equipe. Penso que vai permitir que a reunião de equipe seja mais acolhedora para todos.

Os múltiplos relatos sobre a vacina me surpreenderam, não esperava que aparecesse. Me lembrou o que cita a literatura que a sociedade civil culpa os migrantes pelas doenças infectocontagiosas. Senti que da parte dos migrantes, pelo discurso delas viam como ofensivo o intuito de vacinar novamente como primeira medida. Também me lembrou sobre o debate da competência cultural. Para os brasileiros, antes do SUS existia apenas a vacina. Eu nasci antes do SUS. A saúde coletiva para mim era a vacina. Aqui todos associam ir ao posto de saúde com vacinar-se. Mas não

é assim com quem vem de fora. No entanto, o primeiro serviço ofertado é a vacina. Será que isso não remete ao migrante muito mais ao conceito de ele ser um vetor de transmissão de doenças não muito bem-vindo no território? Ao mesmo tempo talvez a equipe associe: Bem-vindo, vou te oferecer o primeiro serviço que sempre oferecemos? Ou não. Porque não reconhecemos vacinas internacionais, como a febre amarela, simplesmente reaplicamos todas, indiscriminadamente?

Diário de Campo #6

Reunião de equipe ampliada

Data 24 de agosto de 2023

Participantes: Trabalhadores da USF e usuários migrantes

Como próxima etapa da pesquisa, a reunião de equipe ampliada iniciou em seu planejamento. As agentes comunitárias de saúde trouxeram a demanda de manter nesta atividade as sugestões surgidas do encontro anterior - atividade coletiva com os migrantes. Uma das ACSs lembrou que tinha sido falado sobre trazer as manifestações culturais dos migrantes através da dança, culinária e relatos dos migrantes. Ela tinha feito alguns registros pessoais da atividade em seu tablet (o equipamento fornecido pela Prefeitura para uso das ACSs como ferramenta de trabalho), e rapidamente durante a conversa encontrou o vídeo e quis mostrar para as outras ACSs que ali estavam e não participaram da atividade anterior. "Olha que legal, a doutora falando em espanhol com eles! Quase não entendi nada, mas achei o máximo!" - falou enquanto mostrava o vídeo. Outra disse que seria muito legal se fizessemos uma oficina de danças, para aprender sobre a cultura dos outros - segundo ela. Quase todas solicitaram que fosse utilizado métodos participativos - "Para não ficar chato, né doutora". Então montamos a atividade utilizando metodologias ativas.

Realizei então contato com as duas migrantes que iriam participar da reunião ampliada para confirmar a participação delas na atividade. Uma delas me informou que gostaria muito de participar, mas que como recebeu seu RNI, conseguiu um trabalho no CDC dos Correios e o horário do seu turno não era compatível com o da reunião. Disse também que acabou mudando de bairro para o bairro ao lado, mas que fora de seu

horário de trabalho gostaria muito de seguir participando da pesquisa. A outra migrante, que foi identificada pela equipe como informante índice respondeu que sim, compareceria. Informei a ela que a outra participante não poderia comparecer, então que ela poderia convidar outras pessoas a acompanhá-la na reunião. Mantendo o formato pensado para deixá-la mais confortável.

Como estrutura planejada da reunião, foi planejado então os seguintes momentos: reapresentação da pesquisa, apresentação dos presentes, breve relato dos migrantes sobre alguma parte de sua história, vida, costumes que quisessem compartilhar, relato sobre a atividade coletiva prévia com os migrantes, construção da árvore problematizadora e árvore de soluções e confraternização com comida típica dos migrantes. Uma programação extensa para concluir em 1 hora, máximo 1 hora e meia para garantir maior adesão da equipe. A reunião acontece no fim do dia, às 15 horas e pode se estender até as 17 horas. No entanto, muitos trabalhadores terminam sua jornada de trabalho às 16 horas e nem sempre conseguem ficar até as 17 horas.

Optei por preparar arepas como comida típica para levar na atividade, escolhi um recheio típico e mais distinto da culinária brasileira - chamado Reina Pepiada - junto a um molho tradicional, a Guasacaca. Ao buscar comprar a farinha de milho pré-cozida encontrei também refrigerantes venezuelanos para vender. É um sabor que não existe no Brasil, se chama Malta, muito comum nos países da América Central e Caribe. Comprei 6 unidades apenas para que a equipe degustasse. Tudo pronto. Junto com as ACSs arrumamos a sala e finalizamos a comida deixando pronto para servir. Chegaram um casal de migrantes - a informante índice e seu esposo. Eu já o conhecia pois tinha atendido ele em consulta, embora eles residam na área de abrangência da outra equipe. Expliquei para ele sobre a pesquisa, para ambos sobre a reunião de equipe e apliquei a ele o TCLE. Pedi que eles compartilhassem algo sobre seu país de origem, ou sobre o processo de migração. Enquanto o resto da equipe se acomodava em círculo na nossa sala de reunião, comecei a integração colocando para tocar músicas venezuelanas escolhidas por eles que iam contando de cada música em que momento que se escutavam. Primeiro quiseram mostrar músicas mais tradicionais, que segundo eles escutam mais em festas como Natal e encontros familiares. Então o H. disse também que eram estas músicas que V. colocava para tocar todos os domingos pela

manhã - entre 6 A.M. e 10 A.M. - detalhou enquanto ela soltou um sorriso tímido. Logo ela escolheu a próxima música: "Essa é quando a gente vai para a praia, ou passar o dia no rio, e também é a música que as pessoas mais jovens escutam para dançar: o tambor". Era uma música bem animada, parecia a rumba cubana. Enquanto a conversa sobre música acontecia, uma ACS perguntou se ela sabia dançar e se podia ensinar a gente a dançar. Ela riu, ele disse que sim, que ela dançava muito bem. Todos chegaram e se acomodaram em roda. Reapresentei a pesquisa retomando os objetivos, atividades prévias realizadas. Perguntei se os usuários já conheciam toda a equipe, e na negativa, sugeri que todos se apresentassem dizendo nome e função. Estavam presentes as seguintes funções: agente de endemia, dentista, médico, auxiliar de saúde bucal, farmacêutica, técnica de enfermagem, enfermeira, recepcionista, agente comunitário de saúde, coordenador da USF, estagiário de auxiliar administrativo, psicóloga residente. Após a apresentação da equipe, os migrantes se apresentaram. A migrante disse seu nome, "sou moradora aqui do bairro, sou venezuelana". Disse que hoje daria a oportunidade para que o marido falasse, porque ela já tinha participado da outra atividade. Ele se apresentou pelo nome, seguindo com o tempo que já reside no país e quais pessoas da equipe ele já conheciam, seguindo com um elogio à equipe utilizando uma gíria brasileira: "Como vocês falam: show de bola". Disse que era muito difícil falar sobre Venezuela, por sempre envolver questões políticas e filosóficas que despertam nas pessoas "muitos nervos". Mas começou a contar sua história. Disse que no ano de 2005 trabalhava em uma rádio, e teve contato com o português pela primeira vez. Onde ouviu falar sobre Curitiba - que ele se refere como esta cidade - foi em uma matéria que dizia: "Curitiba - cidade modelo da América latina". Disse que Curitiba é a 5^o cidade com melhor qualidade de vida da América Latina. Fez algumas referências à semelhança da região com a Europa, e diz que agora que vive aqui entende mais a influência europeia - mencionando arquitetura, mencionando a festa junina como festa de influência alemã. Relatou que na Venezuela existe mais influência dos EUA - citando o exemplo do esporte nacional ser o beisebol. Falou que ficou surpreso com o desconhecimento de seus colegas de trabalho e pessoas com as quais conversa na rua sobre geografia e geopolítica brasileira. Trabalha em um frigorífico. Neste momento a esposa o cutuca, interrompendo-o e

falando baixinho - "Fale sobre a Venezuela, não sobre o Brasil". Segue com alguns comparativos entre os países, e logo contou curiosidades sobre seu país de origem. Iniciou falando sobre o tamanho do país, e a presença de mais de 5 sotaques distintos, e características locais da região de onde eram. Ao entrar nos aspectos mais detalhados do processo migratório, ambos se emocionam muito e não conseguem detalhar muito. Neste momento, observo grande atenção por parte da equipe, vejo alguns com os olhos atentos e mareados. Apenas dizem que não sabiam que eram ricos até que ficaram pobres, e que tiveram que sair de seu país em busca de segurança e trabalho. Desde a chegada no Brasil já buscaram a interiorização, para poder consolidar uma nova vida no país. Descrevem os migrantes que ficam na fronteira como pessoas que pensam em voltar, reprovando essa conduta. Outra parte do relato é sobre a adaptação à cultura local. Disse que para eles a arepa é a melhor comida do mundo, mas que pensam em fortalecer dentro de casa para seus filhos a cultura culinária local. Traz falas como "Meus filhos, nunca vão conhecer estas comidas, pois na minha casa só sirvo para eles comida brasileira, para que sejam brasileiros." Nesta hora a esposa interrompe dizendo que "também não é assim". Segundo o relato deles, migrar é como deixar todo o livro da vida para trás e começar uma nova história. A equipe ficou bastante atenta escutando o relato, e abrimos para perguntas, pois o tempo previsto para a atividade não permitia estender esta etapa da atividade. Imediatamente uma ACS se levantou com uma curiosidade sobre a história deles, direcionando a pergunta à mim - embora o migrante falou o tempo todo em português. Então a convidei para perguntar diretamente ao H., ela fez um comentário "Mas ele não vai me entender...". Ao perguntar foi compreendida e respondida. Onde trazem o relato do momento que cruzaram a fronteira com as crianças, no meio da noite, pelo mato, ao som de tiros e cheiro de pólvora, apenas com mochilas nas costas deixando tudo para trás. Neste momento se emocionam muito, e descrevem muito brevemente que tinha ocorrido um conflito no local onde estavam. V. traz a dificuldade em encontrar produtos que remetam à sua cultura, e também à sua história por ter deixado tudo para trás. Ressalta que saiu apenas com uma mochila e nunca mais voltou a seu país. Como exemplo cita a culinária, e a manufatura das arepas. Logo diz que adaptou com uma farinha que tinha no Brasil e contradiz o esposo

dizendo - "isso nós comemos todos os dias". Nesse momento, V. começa a falar de forma mais solta, nitidamente feliz e sorrindo enquanto fala. Neste momento, a enfermeira pergunta para os migrantes sobre a experiência deles com o uso dos serviços de saúde. V. começa a dizer que sua maior dificuldade no início era com o idioma, mas que quando seus filhos começaram a estudar ela foi aprendendo e foi facilitando. O primeiro serviço que lhes foi ofertado foram as vacinas. "Precisando ou não, todo mundo foi vacinado". Eu contei para todos que a vacina foi mencionada na atividade anterior pelos migrantes, que foram reaplicadas vacinas que eles já tinham. Uma das técnicas de enfermagem falou que entrou em contato com o setor de vigilância epidemiológica do município na ocasião e este setor orientou simplesmente reaplicar todas as vacinas. Assim tem sido feito desde então.

Mas avaliam como uma boa experiência com o fato da saúde da família, com o vínculo e com o reconhecimento da equipe. Elogiam o serviço da UBS, no entanto trazem a problemática de outros conhecidos ao tentar acessar os serviços em outros municípios e outras UBSs. O médico pergunta sobre a percepção deles dos serviços de saúde lá na Venezuela, e eles o relatam de uma maneira da percepção do usuário do serviço tentando descrever a estrutura do sistema de saúde em seu país, a partir da implantação de um modelo do que seria a atenção primária e exaltando o modelo das universidades médicas nacionais inspiradas na medicina dos EUA.

Após esta introdução, apresento a metodologia ativa proposta da árvore problematizadora, e explico o que será realizado. Confirmando a compreensão do processo com exemplos. Cada participante recebe um pedaço de papel para escrever um problema que o migrante enfrenta ao acessar os serviços de saúde. Com o intuito de diversificar - pois o idioma sempre aparece em primeiro lugar - realizo a leitura de alguns problemas que surgiram na atividade anterior. A maioria confirma que o primeiro que pensaram foi o idioma. Convido os participantes a lembrar de alguma situação pessoal, onde atendeu algum usuário migrante, ou considerando os relatos já ouvidos, ou se imaginem enquanto migrantes chegando a um serviço de saúde.

Problemas lidos: Falta de acesso ao prontuário individual prévio; Não aceitação do calendário vacinal do país de origem; Vínculo empregatício precarizado que não permite faltar para comparecer ao serviço de saúde; Medicamentos de uso contínuo

com nomes distintos ou que não existem na REMUME; Não aceitação por ser externo ao território; Inadequação de fluxos; Desconhecimento dos serviços ofertados; Desconhecimento da rede de saúde; Diferenças de conceito de saúde; Abordagem de queixas ocultas;

A equipe toda foi refletindo e escrevendo, alguns conversando entre si para chegar em um acordo, outros individualmente. Recolhidos os papéis, fomos realizando a leitura dos problemas mencionados um a um enquanto todos debatiam sobre eles. O objetivo era identificar e situar em que local da árvore estariam situados à medida que iam comentando sobre situações onde eles apareceram. Dentre os que surgiram foi: Medo de exposição - várias vezes; Entender encaminhamentos; Como acessar os serviços; Documentação, carteirinha de vacina; Idioma; Atendimento precário; Explicar diagnóstico e diagnosticar; Medo de tomar um remédio errado; Teria receio em me expressar e atender queixas de saúde mental, se serei compreendido; Idade; Rejeição; Entendimento; Vergonha; Desconhecimento da rede de saúde, especialidade; Preconceito, Discriminação; Falta de empatia; Adaptação à cultura, estilo de vida, comidas; Dificuldade de comunicação; Uma ACS acrescentou verbalmente durante a leitura dos papéis sobre a dificuldade em realizar o cadastro do cartão SUS antes de ter o RNI. Foi uma etapa de bastante participação dos presentes, surgindo debates e reflexões.

Após a problematização, passamos à árvore de soluções, com base na estruturação realizada, partindo do ápice da árvore em direção à raiz. Neste momento, devido ao tempo e para testar a participação oral dos presentes fizemos uma chuva de idéias que fomos escrevendo na árvore das soluções. A participação foi imediata e variada. Aos problemas que ficaram mais no ápice como conhecimento do serviço de saúde. Foi sugerido a cartilha explicando o funcionamento no idioma nativo - foi sugerido a tradução da cartilha de serviços; a migrante solicitou a tradução da comunicação via mensagens de texto. Outra trabalhadora sugeriu a presença de um técnico, um profissional - ou o ACS que pudesse recepcionar os migrantes ao chegar. Rapidamente a equipe foi direcionando a abordagem a uma perspectiva mais pessoal, com esta sugestão, e foram direcionando as falas no sentido da mediação cultural. Foi abordado que a simples tradução não contemplaria, por exemplo, os idosos. Foi sugerido que

fosse incentivada a comunicação e facilitado através de tradutores nos equipamentos dos ACSs. Segue o debate sobre soluções, onde todos foram falando, incluindo os usuários. Quando por alguns minutos o debate fica mais centrado entre os trabalhadores, sobre acolhimento para romper a barreira do medo à rejeição, uma ACS interrompe o falatório dizendo: "Mas eu quero saber se tudo isso que a gente está falando faz sentido para eles, né!" Eles confirmam. O migrante deu o exemplo de como ao ter recebido um atendimento humanizado, perdeu o medo de ser rejeitado. Alguém então diz: "Mas para isto as equipes precisam estar capacitadas para este atendimento humanitário", chamando a atenção à importância da educação permanente.

Foi sugerido um primeiro atendimento, um horário mais amplo destinado a realizar a primeira consulta com a história clínica completa, e inserir o usuário migrante como grupo populacional para consultas programáticas. Identificar um dos migrantes de cada família que possua mais demandas em saúde para realizar esse primeiro atendimento e criar vínculo e realizar o que algumas pessoas da equipe denominaram de acolhimento intercultural.

Passamos então ao último momento, onde foram servidas as arepas e bebidas. Quando os migrantes viram o refrigerante, se emocionaram, disseram que por eles, se tivesse só a bebida já estava bom. E realmente, beberam com muito gosto, pediram para tirar fotos com a lata e depois pediram para levar para sua casa como lembrança, as latas vazias. A equipe ficou bem interessada em provar a comida, todos quiseram provar e fizeram muitos elogios, dizendo que gostaram. Neste momento, a ACS fala para a migrante que no próximo café da manhã das mulheres ela vai ter que trazer arepas. O café da manhã das mulheres é uma atividade de promoção da saúde tradicional da UBS, onde são convidadas apenas as mulheres do bairro a reunirem-se em um sábado pela manhã, onde cada uma que puder traz um prato para compartilhar, e são realizadas várias atividades recreativas e rodas de conversas. E tomamos café da manhã todas juntas. Quem convida as mulheres do bairro são as ACSs. Perguntei então para a migrante se ela tinha vindo nesta atividade, em seu último episódio, ela disse que não, nem sabia da existência, não tinha sido convidada. Ela mora há duas quadras da UBS, há 2 anos e meio. Durante este momento da atividade todos seguiram muito integrados, conversando sobre assuntos diversos, perguntando mais

coisas para os migrantes ali presentes e seguiram com o debate, ideias, curiosidades do que tinha sido abordado durante a reunião. De relance ouvi que conversavam sobre curiosidades que tinham com o país de origem deles. Muitos vieram falar comigo sobre a importância das atividades continuarem, inclusive os usuários, em um processo de avaliar positivamente o que ocorreu ali. Após o lanche, encerrou-se a atividade.

Impressões

Uma característica que contribuiu para a participação destes migrantes em particular parece ser a vontade de se integrar, de construir esta nova vida aqui. A característica de ter buscado diretamente a interiorização, e a vontade de conhecer o novo local e a nova cultura intensamente como fator de aceitação. Impressiona-me até uma negação, no momento inicial, da sua própria cultura para buscar esta aceitação. Isso eu não senti tão forte nos migrantes cubanos, por exemplo, mas parece ter relação com essa convulsão social na qual a Venezuela foi envolvida na conjuntura dos últimos 4 anos no Brasil. O migrante queria demonstrar mais o seu conhecimento sobre o Brasil do que trazer a sua própria cultura. Eu via no rosto das pessoas que quando ele estava indo para este lado da fala, expressões de estranheza e reprovação. Ele até nega sua própria cultura, possivelmente uma memória muito dolorosa, mas que para mim foi impactante quando diz que seus filhos não vão saber nada de suas origens. Mas é justamente saber sobre sua história e sua cultura o que mais despertou interesse e permitiu o vínculo, o engajamento da equipe na atividade. O reconhecimento da diferença aproximou mais, mas eu entendo que quando a gente chega num local diferente, tentar se integrar é fazer de tudo para parecer igual a todos, mesmo quando não se é.

A vacina foi citada nesta e na outra atividade pelos migrantes. Vacina é um tema delicado a se tratar na equipe, tem muitas exigências da gestão nacional, estadual e municipal, incluindo a nova forma de financiamento da APS - o Previne Brasil. Quem coordena este tema na UBS, e participa de capacitações etc sobre o tema são unicamente os técnicos de enfermagem, sendo um tema deles. Existe uma lógica de micropoder ao redor do tema da vacina. A coordenação da UBS sempre orbitou este tema periféricamente, no sentido de cobrar as metas de cobertura vacinal, sem nunca ser o centro. Senti os ânimos mais exaltados ao ser questionada a reaplicação das

vacinas por outro profissional que não um técnico de enfermagem. Impressiona ser difícil o desenvolvimento da competência cultural no tema da vacina.

A equipe realmente conseguiu identificar corretamente a informante-índice, mostrando algum conhecimento sobre este fluxo recente dos usuários migrantes no serviço de saúde. No entanto, não envolviam anteriormente ela nas atividades da UBS. Nunca tinham convidado ela - ou através dela outros usuários migrantes para participar das atividades coletivas. Incluindo as reuniões do conselho local de saúde, que acontecem na própria UBS. No entanto, os elogios que eles fizeram aos atendimentos que tiveram na UBS me pareceu legítimo, mas não sei se todos os migrantes do território têm a mesma impressão. Porque como eles dois são bem articulados, já falam português, provavelmente não questionam condutas, conseguem acessar os serviços, enfim. Mas esse não convite do ACS às outras atividades passa a impressão de que a equipe não os considera como parte do território.

Dentro dos problemas, o idioma parece ser de fato uma barreira importante. Mesmo pedindo para os participantes irem além do idioma, ele ainda apareceu escrito nos problemas. Assim como a solução por meio de cartilha no idioma nativo. Mas os participantes não se detiveram muito tempo nestes dois aspectos. Questões mais subjetivas, como sofrimento mental, emoções - medo, receio, vergonha, rejeição - foi o que mais apareceu como problema. E coletivamente durante as soluções os participantes foram caminhando no sentido mais humanizado. Quando chegou o acolhimento intercultural, em um clímax, era nítida a satisfação coletiva. Incluindo a minha.

A equipe sempre socializa, inclusive com os usuários, através de comida. Sempre a mesma, nunca varia dos pratos tradicionais. Até pensei que poucas pessoas provariam as arepas. Ao ver todos se aventurando a um sabor desconhecido, e gostando, foi bem significativo de que este acolhimento intercultural seria possível. E importante, foi ali que a migrante ganhou seu acesso à equipe. Acho que os migrantes também relaxaram um pouco mais, viram que está tudo bem mostrar sua cultura, a convulsão social já começou a passar. Eles podem resgatar as memórias afetivas boas, como um sabor de um refrigerante que não tem aqui, ainda assim podem ser aceitos. E até mais.

Diário de Campo n.7

Atendimentos à migrantes

Data 01 de setembro de 2023

Local: UBS

Hoje já no início da manhã, recebo em meu consultório uma ACS que vem pedir ajuda. Refere que mudou-se para sua microárea a primeira família de migrantes. Ela estava ausente no dia que ocorreu a reunião de equipe ampliada, mas participou da atividade coletiva com os migrantes. Quando ficou sabendo, foi cadastrar a família, mas teve dificuldade em explicar os serviços que tem na UBS. Disse que queria agendar o preventivo, pois tem duas mulheres jovens no domicílio, mas não sentiu que elas foram capazes de compreender o que era o preventivo, então não queria agendar sem que aquilo fizesse sentido para as usuárias. Em suas próprias palavras. Perguntei pra ela se ela preferiria que eu sugerisse a ela como explicar, ou preferia que eu mesma conversasse com as usuárias. Ela disse que preferia que eu conversasse com elas sugerindo realizar uma visita domiciliar em conjunto. Ela titubeou, acho que pelo fato do burocratismo que permeia o agendamento da visita domiciliar. Normalmente são no período da tarde, e ela lembrou que as duas trabalham no período da tarde. Pensou em pedir para uma delas vir até a UBS conversar comigo, falei que sim, poderia ser. No período da tarde, chegou uma urgência à UBS. Uma mulher passando mal carregada pela migrante identificada como nossa informante-índice e uma outra mulher brasileira, que é quem aluga várias kitinetes para migrantes. Rapidamente a equipe se mobilizou para atender a urgência. A paciente, no caso, era migrante. Após o início do atendimento, estabilizada a mesma e decidido por encaminhar via SAMU à UPA municipal, a técnica de enfermagem que acompanhava o caso ficou ao lado da mesma até chegar a remoção e ficou conversando com a paciente - já mais acordada. Sensibilizou-se com a condição de saúde da mesma nos temas relacionados à vulnerabilidade do migrante que tinham sido abordados nas atividades anteriores: perda do emprego por ter comparecido ao serviço de saúde, sofrimento mental ocultado, sem atendimentos no serviço de saúde embora já tivesse algum tempo de permanência no território. Decidiu deixar agendado uma consulta para uma data

próxima, após a alta de urgências. Ao tentar agendar, viu que o endereço não correspondia à área de abrangência da UBS, embora a informante-índice nos disse que ela já estava residindo no local há algum tempo, o ACS não tinha realizado o cadastro. A ACS informou à técnica de enfermagem que iria confirmar o endereço, e que assim que o fizesse lhe confirmava sobre o agendamento. Ambas trabalhadoras estavam presentes na UBS em alguma das atividades anteriores

Impressões

A primeira ACS que trouxe o pedido de ajuda para criar vínculo e oferecer os serviços da UBS já demonstrava estar desenvolvendo a competência cultural antes. Ela se voluntariou a participar da atividade coletiva e fez os cartazes em espanhol. Ela também não tinha nenhum migrante em seu território. Penso que talvez as ACSs que já tinham o hábito de não cadastrar migrantes de sua microárea não vão fazê-lo imediatamente somente pelas atividades em desenvolvimento. Talvez isso não signifique que não estão desenvolvendo a competência cultural, mas sim com o reconhecimento de que se mudarem a conduta agora comprovam que antes não estavam fazendo. Parece que tem a ver com uma autocrítica que ainda não fazem, e que eu também não trouxe como problematização. Em geral a crítica e autocrítica - principalmente em espaços coletivos - não é desenvolvida nem fortalecida na equipe. Sempre gera conflitos. Ver essa mobilização da equipe para auxiliar os migrantes no acesso à saúde tem sido momentos bons, associado a uma imensa satisfação, minha e de quem está envolvido. Vai ser difícil problematizar situações que geram conflitos, embora necessário.

Diário de Campo #8

Visita Domiciliar puerperal da ESF

Data: 05/09/2023

Participantes: Enfermeira, Médica, Agente Comunitário da microárea e Agente Comunitário que integra a rede de apoio ao aleitamento materno.

Chegamos para realizar a visita domiciliar pós-parto, que se realiza habitualmente no território até o décimo dia de vida do neonato. O local era um

domicílio que já tínhamos visitado anteriormente no início das atividades de pesquisa, mas fomos recebidos na área externa. A ACS informou que aquela família venezuelana que visitamos já não residia mais na área e que quem havia mudado era uma outra família de migrantes venezuelanos composta por um casal jovem e a cunhada com seu filho. Este casal havia ganhado seu bebê na maternidade municipal há 6 dias. A família já estava cadastrada, a ACS já tinha ido ao local confirmar o endereço e agendou a visita pós-parto. Ainda não tinha entrado no domicílio. Eles já residiam no município há alguns meses, no bairro vizinho ao nosso. O diagnóstico da gestação e o pré-natal completo foi realizado na UBS deste bairro. Eles já residiam no Brasil há 3 anos, mas moraram em outros estados antes de chegar ao Paraná.

Fomos recebidos pela cunhada que prontamente convidou-nos para entrar. Ao entrar na casa o primeiro cômodo era uma cozinha pequena ocupada por um grande vazio. Ali tinha uma pia suspensa, um fogão e uma geladeira. Acima da geladeira e da pia alguns poucos itens - louça, e alguns alimentos, muito poucos. Passamos por um quarto onde havia uma cama, algumas malas e uma pequena mesa, onde estava a outra criança que deveria ter entre 4 e 5 anos de idade. No quarto ao fundo encontrava-se a puérpera e o bebê. O quarto tinha apenas uma cama e um guarda-roupas. Estava muito limpo, mas o que mais chamava atenção era o vazio. Sob a cama, apenas um travesseiro fino e um edredom igualmente fino. Era um dia muito frio, e elas vestiam poucas roupas.

Quando a enfermeira solicitou a carteirinha da criança, ela abriu o guarda-roupa para pegar. O guarda-roupa também estava vazio, poucos itens, mas todos muito bem arrumados. Durante o atendimento dos dois, a enfermeira e a ACS que compõem a rede de aleitamento materno foram realizar as orientações sobre aleitamento materno, com a pega e posição correta, mas tiveram dificuldade em posicionar a mãe e o bebê pois não havia nem onde se encostar, nem com o que apoiar. Mas foram seguindo o roteiro empregado em todas as visitas puerperais.

Quando saímos do domicílio, comentei se elas haviam percebido a carestia que havia no lar. A ACS que acompanha o domicílio consentiu, dizendo que ficou chocada. As demais não haviam percebido, uma delas afirmou que como tudo estava tão limpo nem notou. Que em geral os domicílios mais carentes que ela tinha visitado eram

marcados por "sujeira e desleixo" em suas palavras. Mas após o debate todas viram que se tratava de uma família vulnerável e carente e decidiram mobilizar a equipe e a comunidade para ajudar.

Quando eu cheguei na UBS, a notícia correu por toda a equipe. As ACSs que acompanharam a visita ficaram muito mobilizadas e conversaram com os outros funcionários sobre a situação pedindo doações. Eu fui para a sala da coordenação, onde a enfermeira me informou que iria enviar um email repassando a situação para o CRAS, para solicitar uma cesta básica e acionar a rede para apoio. Toda a equipe estava alvoroçada, pois a previsão dos próximos dias era de mais frio. Rapidamente se mobilizaram e na mesma tarde conseguiram travesseiros, cobertores, roupas, fraldas e outros itens. Então eu fui e comuniquei elas de que já havíamos enviado um email para o CRAS, que ficassem tranquilas que eles iriam acompanhar a família. Neste momento uma das ACSs decidiu avisar a pastoral da igreja católica, para pedir uma cesta básica. Eu questionei, no sentido que deveríamos trabalhar dentro da rede municipal para buscar uma solução. Neste momento, outra ACS olhou-me e disse: acho melhor a gente correr atrás por outros lados, porque quem tem fome tem pressa. A equipe ficou vários dias mobilizada para apoiar esta família, e criou um forte vínculo com ela.

Impressões

Quando eu entrei naquele domicílio e vi a tamanha carestia, com um recém-nascido tão frágil, naquele frio, era só o que eu pensava durante a visita domiciliar. Mas eu percebi que as outras pessoas da equipe não tiveram esse mesmo choque inicial. Ocorreu somente depois de eu trazer o tema entre elas. Realmente a casa era muito limpa, diferente de um padrão de carestia que estamos acostumados. Mas também pensei sobre o quanto a equipe tinha desenvolvido o olhar da competência cultural e comunitária. O foco dos atendimentos está muito voltado a olhar alguns marcos de saúde física da mãe e do bebê, sob o olhar biomédico de parâmetros e sinais vitais. Mas a visita domiciliar permite esse olhar mais amplo, mas é preciso treinar esse olhar. Vejo que esta família recebeu toda esta atenção após os diálogos e as atividades com os migrantes.

Diário de campo n.9

Reunião de equipe

Data: 14/09/2023

Local: UBS

Participantes: Trabalhadores da equipe de Saúde da família e nutricionista do departamento de atenção básica

O espaço da reunião de equipe de hoje foi ocupado por uma oficina da estratégia Alimenta e Amamenta Brasil, coordenada pela nutrição do departamento de atenção básica da secretaria de saúde. O tema abordado foi a introdução alimentar em crianças de 6 a 24 meses e a apresentação do no guia alimentar do Ministério da Saúde. Em um momento da oficina, dividiu-se a equipe em 4 grupos aleatórios e cada grupo deveria elaborar um cardápio para uma determinada idade e registrar as dúvidas que surgissem durante o processo para posterior socialização. O meu grupo trouxe como dúvidas: 1. Pode dar suco para a criança? 2. Quanto tempo depois da refeição deve ser oferecida água? Um dos grupos, constituído por agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e dentista trouxe como dúvidas: 1. Realidade de cada um; 2. Diferença cultural. Ao apresentar, a nutricionista comentou surpresa que eram dúvidas que não tinham surgido em outras UBSs. Então uma das ACSs falou - é que aqui temos muitos migrantes. O esclarecimento das dúvidas foi após uma outra dinâmica de leitura e elaboração de partes do guia alimentar, onde outros grupos deveriam relacioná-lo com as dúvidas e verificar a compatibilidade do guia com os cardápios propostos. Ao meu grupo correspondeu a recomendação do guia com relação aos alimentos ultraprocessados, referindo que estes também afetam a cultura alimentar das famílias. Neste momento, achamos pertinente relacionar com as dúvidas sobre as diferenças culturais e a não massificação de um padrão alimentar que não considere tal cultura. O debate surgiu no pequeno grupo após um questionamento sobre a presença de pão em um dos cardápios propostos. O pão classificado como alimento ultraprocessado e é amplamente consumido pela população. No entanto, quando o pequeno grupo decidiu levar à proposta de não utilização de pão, houve um questionamento sobre: então qual alimento consumir? Eu falei sobre os minimamente

processados, que são feitos apenas de farinha ou da maceração de grãos como é o caso da tapioca, da tortilha e da arepa.

A nutricionista trouxe o exemplo de uma haitiana que fornecia molho de tomate da mamadeira para a criança, dizendo que houve quem defendeu tal fato como sendo cultural mas que na verdade ela o fazia devido à região na qual residia tinha recebido em um momento de carestia muitas latas de molho de tomate. Com intuito de combater a fome, as pessoas começaram a fornecer este molho de tomate para as crianças, segundo ela, nas mamadeiras, e este costume persistiu após a migração ao Brasil. Falou como certos costumes culturais devem ser combatidos por não estarem de acordo com as melhores evidências em saúde. Citou o exemplo do tabaco.

Impressões

A equipe manifestou o desenvolvimento da competência cultural em temas distintos, como prevê este atributo. A dúvida não causou estranhamento na equipe que já estava participando das outras atividades com os migrantes, muito até assentiram com a cabeça e o olhar na hora que a dúvida foi lida. O mesmo fato não ocorreu em outras USFs. No entanto, pela formadora, a cultura apenas foi abordada como um agravante, um fator de risco à saúde, algo que deve ser combatido. Também colocou mais uma vez a imagem do migrante como alguém inadequado à nossa cultura, às boas práticas em saúde e associou imediatamente a pessoa migrante à carestia extrema. Poderia ter citado o exemplo favorável da arepa, mais adequada ao guia alimentar do que o famoso pãozinho francês.