



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE: ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA

MARIA EDUARDA DE SOUZA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA

A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA
NO ACOLHIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES

PASSO FUNDO/RS

2023

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Souza, Maria Eduarda de
A experiência dos trabalhadores da atenção básica no
acolhimento de mulheres imigrantes / Maria Eduarda de
Souza. -- 2023.
22 f.

Orientadora: Doutora Priscila Pavan Detoni
Co-orientadora: Mestra Sandra Mara Setti
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência
Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo, RS, 2023.

1. a experiência dos trabalhadores da atenção básica
no acolhimento de mulheres imigrantes. I. Detoni,
Priscila Pavan, orient. II. Setti, Sandra Mara,
co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul.
IV. Título.

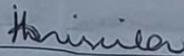
MARIA EDUARDA DE SOUZA

A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO
ACOLHIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES

Trabalho de Conclusão de Residência,
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde, Área de
Concentração: Atenção Básica da Universidade
Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista.

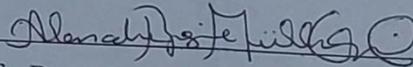
Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em:
15/02/2023

BANCA EXAMINADORA

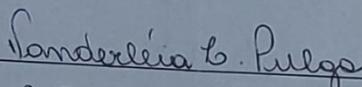


Profa. Dra. Priscila Pavan Detoni – UFFS
Orientadora

Ma. Sandra Mara Setti – PREF Marau/RS
Coorientadora



Profa. Dra. Alessandra Regina Muller Germani – UFFS
Avaliadora



Profa. Dra. Vanderleia Laodete Pulga – UFFS
Avaliadora

MARIA EDUARDA DE SOUZA

CAPÍTULO 1 - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL:
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ OPERÁRIO, MARAU – RS

I Capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

PASSO FUNDO, RS

2021

SUMÁRIO

1. INTRODUZINDO A CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO TERRITORIAL	4
2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	5
2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS).....	5
2.3 Atenção Primária em Saúde (APS).....	6
2.4 Estratégia de Saúde da Família	7
3. O PAPEL DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS	8
4. CONHECENDO O MUNICÍPIO	9
4.1 Dados Históricos	10
4.2. Dados Sociais.....	10
4.3 Dados Populacionais:	10
4.4 Economia	11
4.5 Educação.....	11
5. SISTEMA DA REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL	12
6. CONTEXTUALIZANDO A UNIDADE DE SAÚDE.....	15
7. ESTRUTURAS E PROCESSOS DE TRABALHO NA UNIDADE	20
8. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	23
9 PROPOSTA DE PESQUISA INTERVENÇÃO	25
10. REFERÊNCIAS.....	26

1. INTRODUZINDO A CONSTRUÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

O conceito de diagnóstico territorial enquanto ferramenta de discussão nos processos saúde-doença pode ser um recurso potencializado, se pensado a partir de uma definição ampliada de território e do conceito de territorialização. Assim, nessa reflexão, o território é compreendido como um espaço vivo, com implicações, transformações, sinuosidades e particularidades e; a territorialização como um processo de reconhecimento e pertencimento deste pelo usuário, trabalhador, o “habitante” desse espaço.

De acordo com as orientações do PMAQ:

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, em que ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc.). Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. (PMAQ AB, 2011)

Dentro da perspectiva de vivência imersiva a qual a Residência Multiprofissional em Saúde se implica e proporciona, deve-se considerar que, o desenvolvimento desse olhar descritivo e de um diagnóstico sobre o cenário de espaço de atuação cotidiana, vai estar indubitavelmente atravessado pelas sensações, provocações e desejos que o espaço provoca em cada residente, que independente do tempo de atuação ou pesquisa, já está, também, em um papel de ator e receptor diante da comunidade.

Ceccim traz a ideia de que o território é de inscrição dos sentidos de trabalho, por meio do trabalho e para o trabalho. Entende-se que para isso, é necessário haver a compreensão desse espaço para além de seus limites geográficos e carregar de sentido as possibilidades, desafios e lacunas que existem e que a ESF pode ou não fortalecer seus processos de saúde junto da comunidade, gestão, ensino, equipe e espaços de controle social, para permanecer em um cuidado cada vez mais aderido e resolutivo. (2005, p.983)

O diagnóstico territorial surge dentro desse espaço de ensino e prática, como recurso de visualização de potencialidades, problemáticas e narrativas construídas

socialmente, oportunizando a compreensão e produção de novos fazeres, adequados às necessidades de cada espaço.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Ao questionarmos-nos sobre o que é o Sistema Único de Saúde e como ocorreu sua criação e implantação, é possível enxergar os atravessamentos políticos, sociais, os desafios e as construções que existiram e que ainda existem em desenvolvimento hoje.

Antes de sua instituição, o sistema de saúde brasileiro era bastante caótico, a sociedade estava desassistida e apenas uma parcela ínfima tinha acesso à saúde, estes eram trabalhadores com carteira assinada que contribuíam com a Previdência Social, o restante da população precisava contar com o auxílio de hospitais filantrópicos e poucos podiam pagar pelos serviços de forma privada. (CARVALHO; SANTOS, 2013)

A construção do SUS, um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo (sendo o único a oferecer assistência integral e gratuita) aconteceu de forma coletiva, quando grupos se uniram através do movimento sanitário para lutar por um sistema que solucionasse os problemas encontrados em relação à saúde da população e mais que isso, trazendo como sua proposta central, que todas as pessoas tivessem acesso à saúde, de forma igualitária e equitativa. (PAIM, 2009, p. 33)

Hoje o SUS conta com acesso às ações de atenção primária, secundária e terciária, além do seu foco em promoção e prevenção da Saúde, sendo a Atenção Básica a porta de entrada do SUS. Tem como princípios doutrinários a Universalidade, a Integralidade e Equidade. Além destes, tem como princípios organizacionais ou diretrizes: a descentralização, a participação social e a regionalização/hierarquização. Inclui no atendimento integral, ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, cuidado na perspectiva integral e de cura e reabilitação, com atuação multiprofissional das equipes de saúde. Conta ainda com um aspecto importante de participação social, onde o usuário tem papel norteador no processo saúde-doença, tanto nas escolhas coletivas da comunidade, quanto no seu próprio plano terapêutico. (LEI 8.080/90 e LEI 8.142/90).

Ainda que tenha se conquistado diversas políticas públicas de saúde como direito da população, o Brasil ainda luta para enfrentar os desmontes e as consequências de um financiamento insuficiente para a saúde pública, condição essa que historicamente, sempre foi precária (GARCIA, 2020). Destaca-se assim, a importância de se pensar estratégias de mobilização, luta e construção de superação desses desafios para além de um fazer teórico e técnico adaptado a realidade do usuário, mas também solidificando a garantia do direito, da qualidade e resolutividade dos processos de saúde.

No ano de 2020, com o início da pandemia pelo Covid-19, enfrentamos diversos desafios de ordem sanitária e econômica e apesar de suas dificuldades, o SUS conseguiu desenvolver ações positivas para o enfrentamento e contenção do vírus, evidenciando ainda mais sua relevância diante da população.

2.2 Atenção Primária em Saúde (APS)

A APS (ou AB – Atenção Básica) é o primeiro nível de atenção em saúde, considerada porta de entrada do SUS, com função organizativa tendo a responsabilidade de ordenar os atendimentos e fluxos da unidade conforme as demandas trazidas pelos usuários. (PORTARIA, 2.436). Tem ações de saúde de forma individual e coletiva, abrange a promoção, recuperação e proteção da saúde e se utiliza de ferramentas como diagnóstico, tratamento, redução de danos, PTS (plano terapêutico singular) seguindo os objetivos e princípios do SUS como norteadores.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (GOVERNO...s/d 1972), os cuidados primários são essenciais baseados nas tecnologias práticas, colocadas ao alcance universal do indivíduo e das famílias. Organiza os fluxos de atendimento desde os mais simples como consultas periódicas, aos mais complexos, envolvendo encaminhamentos, internações, cirurgias. Assim, mesmo que haja relação com outros serviços, a APS continua como corresponsável. Entende-se esse movimento como integralidade, onde há assistência para todos os processos de saúde-doença, incluindo também aspectos sociais, comunitários, incidindo para processos de saúde-adoecimento para além das questões biológicas e acaba por se tornar o acesso mais próximo da população tanto por questões geográficas como por vinculação.

A APS tem também como atributo essencial a longitudinalidade de atendimento, que significa a frequência e atenção ao longo do tempo com o usuário no desenvolvimento

de estratégias desde o pré natal, acompanhamento de puerpério, consultas periódicas, primeiras vacinações, em síntese, um acompanhamento continuado, vinculativo, preventivo e mais resolutivo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

2.3 Estratégia de Saúde da Família

Desde que houve a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), até a sua transformação em Estratégia na Política Nacional de Atenção Básica, um novo modo de promover atenção tem sido realizado em grande parte dos municípios brasileiros como forma de se reverter o antigo modelo hospitalocêntrico e apenas curativo, além de levar a assistência a parcelas da população antes excluídas ou prejudicadas pelas dificuldades de acesso à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é responsável por levar de forma descentralizada, os serviços multiprofissionais às comunidades dentro das Unidades de Saúde da Família (USF), consultas de rotina, exames, vacinas, acompanhamentos psicológicos, acompanhamento multiprofissional, são alguns dos exemplos de serviços prestados nas USF's.

Franco e Merhy (2003) aponta que existem algumas tensões presentes diante da potência transformadora do Programa de Saúde da Família, e que diante disso, se não houver uma reflexão e revisão acerca do modo de produzir cuidado em saúde, mesmo com todos os avanços, ainda existirão equipes centradas no cuidado médico e não no cuidado do usuário, algo que depende da organização e gestão de cada espaço.

As ESF's tem como objetivo reorganizar os serviços da atenção básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. É entendida pelo Ministério da Saúde, como uma ferramenta de qualificação e expansão da atenção básica, com sua organização, é capaz de potencializar os princípios e fundamentos da AB. Toda ESF conta com uma equipe multiprofissional que é composta por: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Também podem contar com profissionais da saúde bucal. (SECRETARIA DA SAUDE... s/d, 2021)

Cada equipe fica responsável por um número máximo de pessoas em seu território, tendo como número estipulado 4.000 pessoas, deve ser considerado o grau de

vulnerabilidade social de cada território, pois quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deve ser o número máximo de pessoas auxiliadas pela equipe.

3. O PAPEL DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS

As residências multiprofissionais em saúde, foram criadas a partir da Lei nº 11.129 de 2005, sua organização e funcionamento são compartilhados entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005). São ordenadas pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das demandas que surgem nos locais de atuação. Os programas de residência abrangem profissões da área da saúde como enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, farmácia, entre outros dispostos na resolução (CNS Nº 287/1998.)

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma das modalidades de formação em serviço, com nível de pós graduação *lato-sensu*, com dedicação exclusiva de 60 horas semanais, tendo como característica, ser realizada em espaços do Sistema Único de Saúde. Esta política de formação em saúde auxilia no processo de conhecimento, domínio e aperfeiçoamento dos trabalhadores nas práticas de saúde tendo como diretrizes, princípios e objetivos os mesmos basilares da constituição do SUS, oportunizando a compreensão de um sistema e fluxo de saúde.

Na compreensão desta lei vigente (Lei nº 11.129), os programas de residência vêm para cooperar e compreender o trabalho intersetorial, favorecendo uma inserção mais especializada dos jovens profissionais no mercado de trabalho, priorizando sempre as áreas do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2005).

Mendes (2013), estabelecendo a relação entre a integralidade (sendo esta vista como princípio e diretriz do SUS) as necessidades de saúde e as possibilidades da RMS, assinala:

[...] apreendemos a necessidade de reorientação da formação de recursos humanos para o SUS, voltada para a promoção da saúde, com foco na integralidade e na intersetorialidade, e compromissada com a gestão democrática e a interdisciplinaridade. A residência multiprofissional pode ser uma importante contribuição nesse sentido, ao propiciar a vivência intensiva nos serviços e propor um eixo integrador entre as diferentes áreas profissionais, e potencialmente capaz de articular as diferentes profissões entre si, promover a reflexão

sobre o cotidiano de execução da política e contribuir para o estranhamento de relações institucionais verticais, naturalizadas e cristalizadas. Entretanto, não está assegurado de antemão que as residências vão cumprir esse papel, sobretudo porque sua implantação tem se dado num contexto de desmonte, sucateamento e privatização dos serviços públicos de saúde, e de exacerbação dos corporativismos. (MENDES, 2013, p. 183-200).

Os programas devem ser orientados por estratégias pedagógicas que promovam aprendizagem na Rede de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como um espaço, que oportuniza conhecer a realidade, potencialidades e desafios. Podem contribuir com a formação de um perfil de trabalho mais humanizado e preparado para as demandas reais da população, desenvolver habilidades de identificação de determinantes sociais e de saúde e aprofundar os conhecimentos, como promoção e educação em saúde, ações de planejamento e gestão, entre outros aspectos.

No ano de 2014, a Câmara de Pesquisa e Pós-Graduação (CPPG), do Conselho Universitário (CONSUNI), aprovou a resolução que regulamenta a institucionalização da Residência Médica e da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da UFFS (Resolução nº 10/2014-CONSUNI/CPPG).

O Programa tem como base o projeto credenciado junto ao Sistema Nacional de Residências em Área Profissional da Saúde/Multiprofissional – SisCNRMS e está cadastrado no Sistema de Pós-Graduação da UFFS. O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde será desenvolvido em 60 horas semanais, em regime de dedicação exclusiva, não podendo o profissional residente acumular outras atividades profissionais ou formativas em simultaneidade. O candidato selecionado como profissional residente faz jus à uma Bolsa de Educação pelo Trabalho e receberá acompanhamento docente-assistencial, de responsabilidade conjunta da Universidade e dos serviços de saúde implicados, com duração de 24 (vinte e quatro) meses letivos. O itinerário formativo se distribui em 80% da carga horária total em atividades práticas ou teórico-práticas e 20% da carga horária total em atividades teóricas ou de orientação à pesquisa.

4. CONHECENDO O MUNICÍPIO

4.1 Dados Históricos

Marau contou com a vinda de imigrantes italianos no início do século XIX para povoar a cidade. Até a década de 60, a agricultura manteve valor de subsistência, enquanto já se formava a criação de suínos como atividade comercial fomentada por um frigorífico, dão interessante se for analisar o contexto atual do município, onde os frigoríficos ainda são referência maior enquanto oferta de trabalho na comunidade.

O município deve seu nome à uma trágica história envolvendo um cacique, de nome Marau, que, conforme a história, percorria as vastas selvas da Serra Geral em busca de alimento frente a um bando de índios Coroados. (IBGE, 2010)

4.2 Dados Sociais

Como consta no Plano Municipal de Marau¹, o município se caracteriza com diversos programas e organizações desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde para auxiliar à população em relação a sua qualidade de vida e por consequência, sua saúde. São alguns deles: O Programa de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Programa de Imunização, Vigilância Ambiental (dentre eles o Programa de controle de Dengues que foi acionado no município no final do primeiro semestre de 2021, por ter 1 caso confirmado e possíveis casos de contaminação no território.).

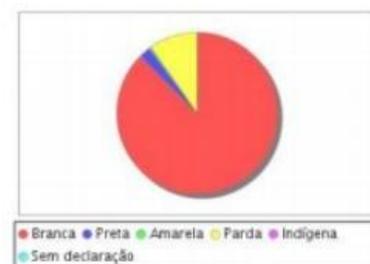
Conta também com o Programa de Pacientes Ostomizados, Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Programa Criança Feliz/Primeira Infância Melhor, Estratégia de Saúde da Família – ESF, Programa Rede Cegonha, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Programa Saúde na Escola, além do nosso Programa de Residência Multiprofissional.

4.3 Dados Populacionais:

Segundo os dados do IBGE, sua população estimada em 2020 é de 44.800 habitantes. Com população idosa correspondendo a 11%, a população jovem entre 15 e 24 anos, representa 17% e a jovem-adulta representa 68,9%. A distribuição da população por sexo indica que a população masculina corresponde a (49,6%) e a feminina a (50,4%).

¹ O Plano Municipal de Saúde de Marau 2018 a 2021 é um dos instrumentos que sistematizam o processo de planejamento do Sistema Único de Saúde, elaborado considerando as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde, a estrutura do sistema de saúde e das redes de atenção à saúde, e a gestão.

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	31.835	88,86%
Preta	776	1,91%
Amarela	160	0,39%
Parda	3.583	8,82%
Indígena	10	0,02%
Sem declaração	0	0,00%



Fonte: Plano Municipal de Marau 2018.

Conforme dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e DATASUS, em relação à saúde, no ano de 2019 foram registrados 201 óbitos/ocorrência no município, sendo a causa mais prevalente por doenças do aparelho circulatório (44 óbitos).

4.4 Economia:

Houve uma grande diversificação na economia nos últimos anos, com o surgimento de diversas indústrias relacionadas ao setor frigorífico e após isso, se expandiu par setores como couro e metal mecânico. Além disso, a cidade é considerada referência microrregional para comércio e prestação de serviços.

A cidade de Marau se destaca como pólo industrial no cenário estadual, nacional e internacional, com cerca de 200 empresas, entre elas, 12 empresas de grande porte, totalizando mais de 6.500 empregos. Os demais empregos são oferecidos por cerca de 860 estabelecimentos comerciais e mais de 1.300 estabelecimentos do setor de prestação de serviços. (PREFEITURA, s/d...)

O crescimento econômico teve como consequência uma forte imigração e migração, e conseqüentemente um alto crescimento demográfico, que é um dos maiores do Estado. Esta migração nos permite considerar que a população marauense atual é bastante diversificada, com moradores de muitas regiões do mundo, do país e da região, tendo a ESF de abrangência deste diagnóstico, alta demanda de usuários vindos do Haiti. (PLANO... s/d, 2018)

4.5 Educação

O município conta com 36 escolas (16 pré-escolas, 17 de ensino fundamental e 3 de ensino médio). Possui duas instituições privadas de ensino superior.

A Secretaria Municipal de Educação dispõe de 11 escolas de ensino fundamental que atendem 2609 alunos, 12 escolas de Educação Infantil onde e encontram 1829 alunos

matriculados e 01 Unidade de SEJA (Educação de Jovens e Adultos) que atende 150 alunos.

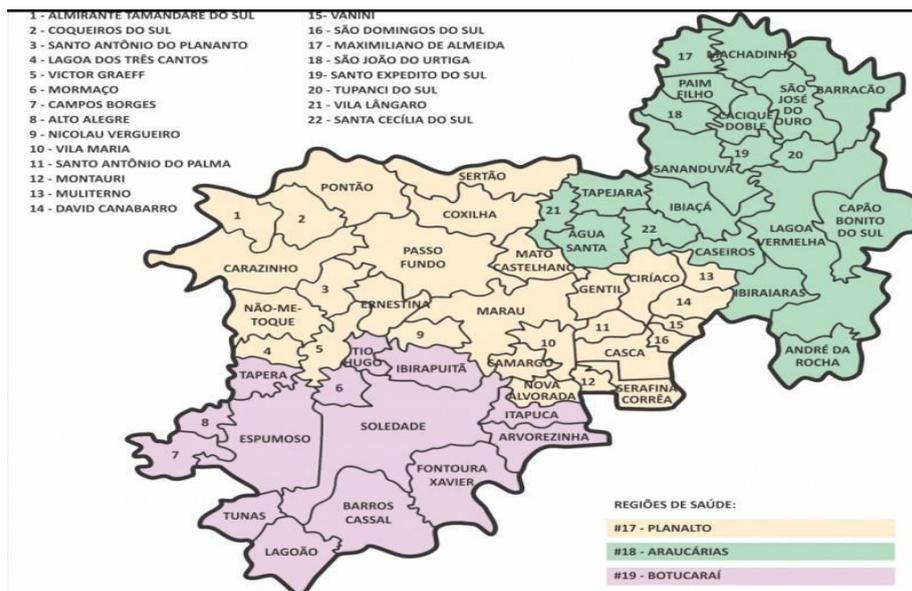
O município também oferta atendimento a alunos com limitações/dificuldades de aprendizagem junto a duas escolas do município. Também dispõe de 01 Centro de Lazer e Convivência, destinado a população idosa, onde são realizadas atividades de cultura e recreação com o objetivo da melhora da qualidade de vida dos mesmos. Ressalta-se que 930 pessoas são atendidas por este serviço incluindo a população do centro, bairros e interior. É composta ainda, por um Centro de Referência da Criança e Adolescente e Programa AABB Comunidade, o qual oferece 37 oficinas e atende 850 alunos. (PLANO... s/d, 2018)

A Secretaria também disponibiliza transporte escolar que atende diretamente 2942 alunos de escolas municipais, estaduais e projetos e 1670 universitários. Em relação aos profissionais, a secretaria conta com 550 professores, 4 psicopedagogos, 120 atendentes, 100 estagiários, 06 auxiliares de serviços gerais, 179 serventes (sendo 96 concursados, 44 terceirizados e 39 contratados), 1 nutricionista, 1 coordenadora de merenda, 1 fonoaudióloga e 1 especialista em deficiência visual. (PLANO... s/d, 2018)

5. SISTEMA DA REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL

Marau faz parte da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), juntamente com outros 61 municípios, pertencente à macrorregião de saúde Planalto conforme mostra a figura 1.

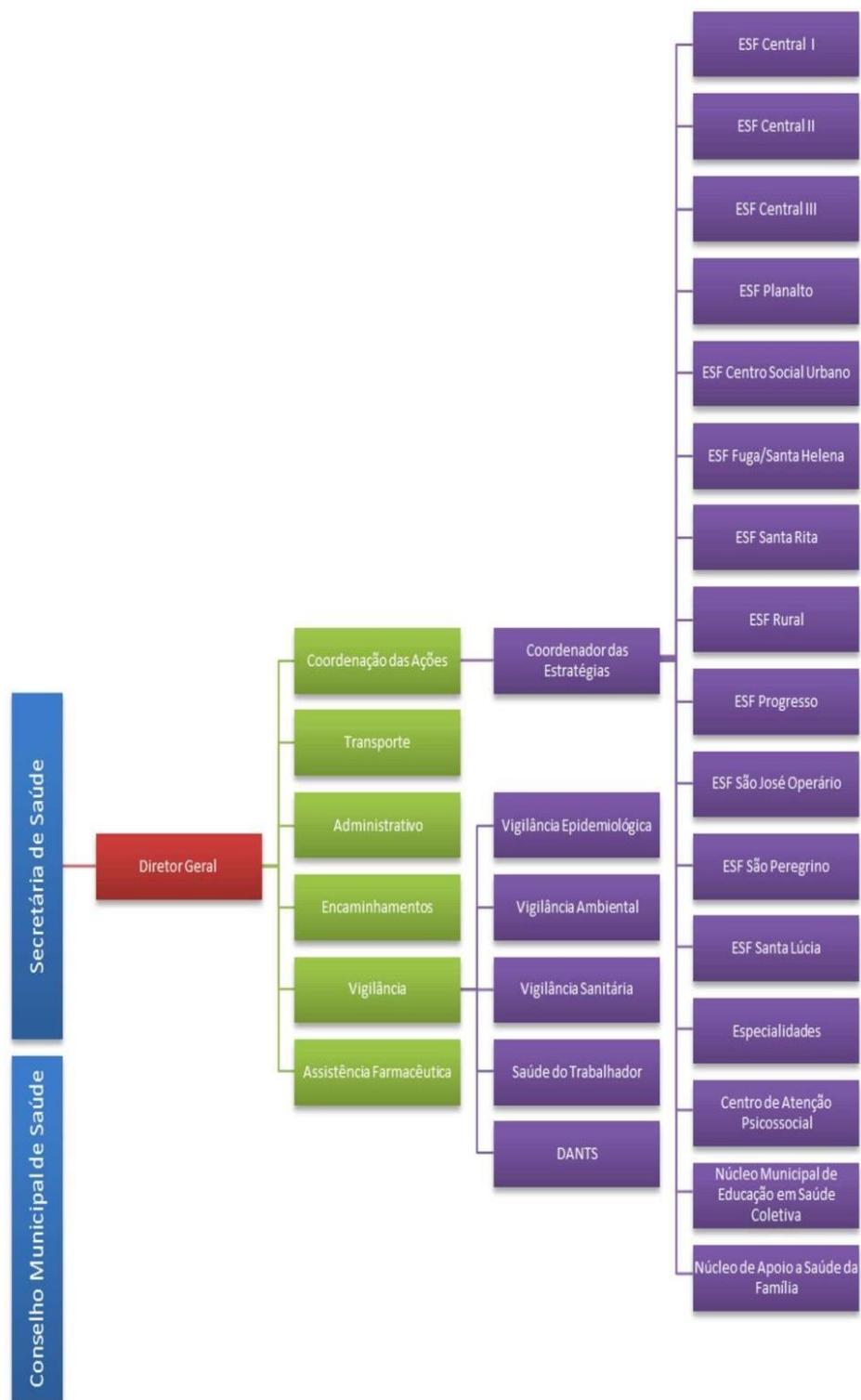
FIGURA 1: Mapa da 6ª CRS.



FONTE: Google imagens.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Marau está regulamentado pela lei municipal nº 1577 de Julho de 1991, a qual cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), está orientado pela Lei Orgânica Municipal, a qual trata em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais. No dia 12 de maio 2017 foi realizada a IX Conferência Municipal de Saúde. Na oportunidade foram discutidos elementos que abrangem todos as redes de atenção primária em saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde presta atendimento à população em 12 Unidades de Saúde da Família, um Posto Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados junto ao CNES (Cadastro Nacional Estabelecimentos). A equipe da ESF é constituída por um médico (40 horas/semanais), uma enfermeira (40 horas/semanais), uma técnica de enfermagem (40 horas/semanais), uma psicóloga (20 horas/semanais), um cirurgião-dentista (20 horas/semanais), uma auxiliar de consultório dentário (20 horas/semanais), uma auxiliar administrativa (40 horas/semanais), uma sanificadora (40 horas/semanais) e agentes comunitários de saúde (40 horas/semanais).



Fonte: Plano Municipal de Marau 2018.

A rede municipal de saúde conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de aumentar a resolutividade das equipes e ampliar o escopo das ações desenvolvidas. (PLANO... s/d, 2018)

A cidade também disponibiliza acesso ao CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, o qual Marau dispõe desde 2005, sendo ele tipo I. O Centro de Atenção Psicossocial presta atendimento a transtornos mentais severos, persistentes e dependência química, é um articulador da rede de saúde mental, pois oferece uma linha de cuidado ao usuário, em parceria com as equipes de Saúde da Família, as quais contam com profissionais de várias áreas. Conta com dois psiquiatras, grupos de convivência que foram interrompidos pela situação pandêmica, disponibiliza matriciamento para casos em que a ESF sinta necessidade de discussão e trocas através da rede de saúde.

O Hospital Cristo Redentor atende para o Município de Marau serviços de: Obstetrícia, Pediatria, Traumatologia e Ortopedia de Urgência, conforme organização da demanda da rede municipal e os casos mais complexos que necessitam de internação hospitalar e que estejam dentro da capacidade instalada do hospital. Em Saúde Mental o município dispõe de Referências: HCR, CAPS, com as internações reguladas pelo Sistema de Regulação Estadual (SISREG).

O HCR também disponibiliza leitos destinados aos usuários do SUS, encaminhados a partir das ESF. O Hospital Providência também contribui com a saúde da população marauense, apesar de que somente por meios privados, não dispondo de atendimentos através do SUS.

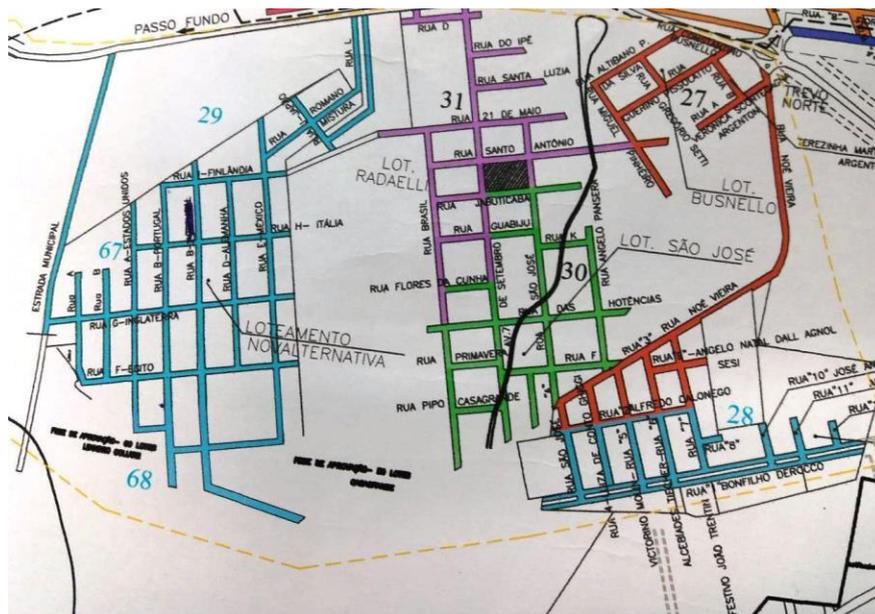
6. CONTEXTUALIZANDO A UNIDADE DE SAÚDE

A ESF São José Operário (SJO) foi inaugurada em 2006 na Rua 21 de maio número 151, bairro São José Operário. Abrange a população dos bairros Busnello, Frei Adelar, Nova Alternativa e São José Operário.

A unidade atende a população de sete microáreas: duas localizadas no bairro São José Operário (microáreas 30 e 31), duas no Frei Adelar (27 e 28), além do Loteamento Busnello presente neste bairro, e três no Nova Alternativa (microáreas 29, 67 e 68).

Estima-se pelo número de moradias que a população adstrita atinja cerca de 7.000 usuários, porém há mais de 4.600 cadastrados.

Figura 1: Mapa do território



Fonte: Prefeitura Municipal de Marau/RS

Figura 2: Mapa Falante construído em aula de Seminário de Campo



Todas as Unidades de Saúde funcionam diariamente de segunda à sexta-feira das 7:30h às 11:30h e das 13h às 17h, (nas sextas feiras, na ESF São José Operário, ocorrem as reuniões de equipe à partir das 15h onde se encerra o serviço diretamente com os usuários) proporcionando os seguintes atendimentos conforme lista abaixo:

- Consultas médicas;
- Consultas odontológicas;
- Consultas psicológicas;
- Consultas de enfermagem;
- Atendimento ambulatorial;
- Visitas domiciliares;
- Atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, atividade física)
- Vacinações
- Vigilância Epidemiológica;
- Limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental;
- Planejamento familiar;- Pré-natal e puericultura;
- Notificações;
- Cadastramento de HIPERDIA;
- Coleta citopatológica;
- Administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular);
- Teste de glicemia capilar;
- Monitoração de pressão arterial;
- Saúde bucal curativa e preventiva;
- Medidas antropométricas;
- Retirada de pontos;
- Curativos de pequeno e médio porte;
- Lavagem otológica.
- Procedimentos médicos de pequeno porte
- Assistência Farmacêutica
- Acompanhamento de pacientes com HIV, IST, tuberculose, sífilis congênita

- Teste de glicemia capilar
- Testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C;
- Cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos

Fonte: Coleta de dados dentro da ESF.

Como citado na lista, há atividades desenvolvidas para a promoção de saúde da comunidade. Está sendo reativado o grupo de atividades físicas com previsão de retorno em agosto, este grupo era organizado pelas ACS, agora será organizado pelos residentes, visto que as ACS estão deslocadas para a função de Agentes de Endemias – combate à dengue.

O grupo acontecerá nas quartas feiras com dois horários disponíveis pela manhã, tendo duração de 1h cada e com restrição do número de participantes. Esse espaço visa a promoção de saúde tanto física como psicológica da população, dentre as atividades que estão programadas para a realização estão alongamentos, meditações, caminhadas, assim como a utilização da academia de saúde localizada ao lado da ESF.

Também no último ano, aconteceu o grupo de gestantes on-line (este costumava acontecer presencial na unidade, mas em função da pandemia, precisou ser repensado em um novo enquadre). Nesta segunda edição, no primeiro semestre de 2021, contou-se com a participação de diversas gestantes da comunidade para além das áreas abrangentes do bairro. Ao longo dos nove encontros, que aconteciam de forma semanal, com uma duração de duas horas no período da tarde, o grupo contou com a apresentação da médica da unidade falando sobre as mudanças no organismo a partir de uma nova vida e a sexualidade na gestação, em um outro encontro, houve também a participação das psicólogas da unidade falando sobre as mudanças psicológicas, a rede de apoio e a depressão pós parto. Ocorreu um encontro com os farmacêuticos e enfermeiros da unidade falando sobre a vacinação na gravidez e as dúvidas quanto as medicações.

Ainda dentro dessa perspectiva interdisciplinar, pode-se contar com a participação de profissionais convidados como a nutricionista falando sobre a alimentação da mãe e do bebê, a fisioterapeuta com o tema postura e exercícios, a odontóloga da unidade falando sobre os cuidados bucais, a ginecologista discorrendo sobre os cuidados no parto, puerpério e como um penúltimo encontro, as enfermeiras ficaram encarregadas de dirigir a fala sobre a amamentação e cuidados com os recém-nascidos.

Foi ofertado no último encontro, uma sessão de fotos em estúdio, com direito a duas fotos impressas por gestante, entrega de brindes e certificado para quem obtivesse 75% de presença. Entendido como um momento de celebração, encerramento do grupo e também de promoção de autoestima e vínculo com o bebê, a sessão de fotos pontuou o fim do grupo do primeiro semestre do ano. Houve inscrição de cerca de 40 gestantes do município e assiduidade de 20 que obtiveram certificação.

Figura 3: Certificados entregues as gestantes que concluíram o grupo.



Fonte: Foto particular.

Algumas vezes são realizadas atividades com as escolas, foram feitos alguns contatos para trabalhar uma escuta e acolhida aos professores de uma escola de ensino médio do bairro, porém não houve adesão devido ao momento de sobrecarga que os professores estavam e estão vivenciando em função do método híbrido de ensino, mas a escola permaneceu em contato e solicitou que fosse feito em outro momento.

Figura 4: Fotografia do brechó solidário realizado



7. ESTRUTURAS E PROCESSOS DE TRABALHO NA UNIDADE

A unidade São José Operário conta com 3 enfermeiras, sendo 2 residentes da UFFS, 2 médicos, um deles participante do programa Mais Médicos, 1 técnica de enfermagem, 1 cirurgiã dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 7 agentes comunitárias, 1 sanificadora, 1 agente administrativo, 3 farmacêuticos, sendo dois deles residentes da UFFS, 3 psicólogas, sendo duas delas residentes da UFFS. Além de contar com estagiários semanais da medicina também alunos da Universidade Federal Fronteira Sul.

Os residentes seguem uma semana típica, onde dividem suas tarefas entre atividades uni, inter e multiprofissional como segue exemplo abaixo de uma das residentes da psicologia:

Quadro I: Agenda da semana ESF.

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Testes rápidos + acolhimento multiprofissional	Atendimento Psicológico	Atendimento Psicológico	Listas Vigilância	Visita Domiciliar
TARDE	Acolhimento Psicológico	Núcleo + Supervisão	Encontro Multiprofissional	Atendimento Psicológico	Visita Domiciliar com médica + Reunião de Equipe

Fonte: tabela realizada por residente.

Orientados pela PNAB, Política Nacional de Atenção Básica, (Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é possível nos depararmos com uma Unidade de Saúde que segue maior parte das diretrizes preconizadas.

Pensando sobre a infraestrutura, ambiência e funcionamento da AB, podemos encontrar com uma unidade recém reformada (reforma realizada em maio de 2021). Foi realizado a troca de azulejos do piso, pintura e estruturação de mais uma sala. Possui dois consultórios médicos, dois consultórios psicológicos, recepção/sala de espera, dois banheiros de acesso ao público com acessibilidade para pessoas com deficiência, uma sala de lavagem de materiais e outra de esterilização.

Conta com uma sala de procedimentos, uma sala de assistência farmacêutica, uma sala para as agentes de saúde, uma sala para reuniões e atividades coletivas, uma cozinha e um espaço de área verde onde foi feito uma horta coletiva e plantado flores. Como a ESF possui profissionais de saúde bucal, há também o consultório odontológico com equipamento odontológico completo.

Ainda que tenha se criado mais espaços com a reforma, a equipe composta por mais de 25 pessoas, contando com estagiários, residentes, profissionais contratados, vivenciando a falta de salas e espaços adequados para realização de procedimentos, tendo que haver revezamento através de uma tabela construída em reunião de equipe.

Os atendimentos são organizados através de agendamentos, cada profissional possui sua agenda no sistema G-MUS. Há 20 fichas para atendimento médico todas as manhãs para demandas agendadas através do numero 156, onde também são agendados os atendimentos odontológicos que ocorrem nas quartas, quintas e sextas-feiras, pois a dentista da unidade tem carga horária de apenas 20 horas. A farmácia abre todas as manhãs e nas segundas, quartas e sextas a tarde.

Na unidade, também acontecem os acolhimentos que passam pela enfermagem e farmácia, já a psicologia trabalha com acolhimentos agendados, tendo a segunda feira como dia para acolhimentos. Conforme são realizados, os pacientes são alocados em uma lista de espera onde há avaliação de riscos, sendo eles considerados sem risco, leves, moderados ou graves, para dar preferência de atendimento. A psicologia também conta

com uma lista de pacientes ativos onde constam dados de referência como motivo da procura, data de início, faixa etária, se está em espera, acompanhamento, desistência ou alta.

É importante salientar que independentemente de qual a área de especialização ou qualquer que seja o contato com a unidade, todo atendimento realizado pelos profissionais da unidade, são registrados em prontuário online.

Também na rotina da unidade, há a coleta de testes rápidos, onde o residente responsável do dia avalia no prontuário se os usuários agendados para consulta fizeram os testes rápidos nos últimos 12 meses, caso não tenham feito, o teste é realizado na hora com a entrega de resultado. Dentre os testes disponíveis estão hepatite c, hepatite b, sífilis e HIV, como listado na lista 1.

Nas sextas feiras durante a tarde são realizadas as visitas domiciliares com a médica, onde são visitados os pacientes acamados que não podem se deslocar até a unidade. Nas sextas também acontece a reunião de equipe, onde o grupo todo se reúne e discute pautas pertinentes para o andamento do trabalho. Há a troca de informações sobre pacientes, informes de atividades, organização da unidade, entre outros temas.

Nestes meses, contou-se com uma atividade de educação permanente voltada para o controle social, trabalho realizado por uma residente a partir do seu projeto de TCR, onde todos puderam refletir e comentar suas percepções e dúvidas sobre o que significa a participação social.

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza de 219 medicamentos listados pelo Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e outros incluídos pelo próprio município, estes são encontrados na farmácia municipal e nos núcleos de Farmácia que ficam localizados em algumas ESF's do município, incluindo o SJO OPERÁRIO. Porém as vezes, há medicamentos na lista que não são utilizados e outros que seriam necessários, mas não constam na lista; outras vezes faltam medicamentos básicos ou recursos financeiros para sua aquisição .

A equipe é responsável por mais de 4.000 pessoas cadastradas no território, o que não condiz com o número estipulado para uma ESF (no máximo 4.000 estipulado pela Portaria nº 2.355).

Quanto às atribuições dos técnicos de enfermagem, observa-se que são

realizadas as atividades de atenção à saúde, porém entende-se como sobrecarga de trabalho o acolhimento de dois médicos com 10 pacientes cada, mais os procedimentos previstos para a uma técnica apenas na unidade.

Quando o usuário precisa realizar exames complementares, são encaminhados aos laboratórios, na maior parte das vezes os custos são cobertos pelo município e pelo SUS, porém alguns exames tem longa fila de espera e alguns usuários optam por pagar um valor parcial, visto que os laboratórios também auxiliam disponibilizando desconto no valor, que está compreendido dentro de uma cota mensal.

8. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O território tem uma população adscrita de 4 mil usuários, sendo a população constituída predominantemente de jovens adultos. Estima-se que o número de usuários seja maior, chegando a 7.000 pessoas, muito pela chegada de um grande número de imigrantes, também levando em consideração o número de casas e pessoas ainda não cadastradas.

Os bairros São José Operário contam com uma população mais idosa, que busca a unidade em sua maioria, com demandas de acompanhamento de doenças crônicas e renovação de receitas. Utilizam o serviço com frequência, apesar de não aderirem tanto a ações e atividades de prevenção e promoção. Já os bairros Nova Alternativa e Frei Adelar contam com uma população mais jovem, estes trabalhadores, usufruem menos que os idosos do serviço da ESF. Alguns que trabalham nas empresas do município e da região com horários alternativos, conseguem realizar seus acompanhamentos de forma mais contínua.

Há também uma grande demanda de gestantes, mantendo uma média de 2 a 3 testes de gravidez positivados por semana na unidade, mantendo um número de 40 à 50 gestantes por semestre. Dentre esse número, deve-se sinalizar o alto índice de haitianas, imigrantes que chegam na comunidade já gestantes ou então descobrem através do teste rápido, muitas delas estão no seu terceiro ou quarto filho, o que se torna prejudicial quando se encontram em situação de vulnerabilidade social.

Quanto aos imigrantes, estão cada vez mais populosos na comunidade. Com relação à eles, observo que, há extrema dificuldade de comunicação na hora dos acolhimentos e atendimentos. É necessário que tragam algum conhecido ou familiar que fale a língua portuguesa para que se possa ter o mínimo de qualidade e compreensão nos atendimentos, o que muitas vezes não acontece e acaba frustrando tanto o usuário como o profissional que está atendendo. Pensando nisso, mostra-se necessário protocolos ou ações de acolhida dessa população.

Percebe-se no território alto índice de vulnerabilidade social, onde muitas vezes são criadas ações coletivas na unidade para arrecadação de alimentos e roupas para os usuários, algo que deve ter se agravado diante da situação pandêmica. Muitos usuários estão desempregados, isso faz com que vivam com o mínimo e as vezes falte para as necessidades básicas, muitas mulheres, inclusive, tiveram de largar seus empregos para poder cuidar dos filhos enquanto a escola não voltasse.

A escola do bairro também está enfrentando dificuldades no manejo com as crianças e adolescentes. Os professores encontram-se sobrecarregados e não dão conta de toda demanda do ensino híbrido, os alunos se sentem desamparados e muitos adolescentes buscam acompanhamento psicológico com questões relacionadas ao andamento das atividades na escola, ansiedade, sintomas depressivos, sintomas estes iniciados ou potencializados na pandemia.

Também há demandas relacionadas ao uso abusivo de drogas sejam elas lícitas (como medicamentos controlados relacionados a saúde mental) ou ilícitas, que também acabam envolvendo o tráfico de drogas. Relacionadas as demandas psicológicas da unidade, pode-se perceber uma grande busca relacionada a orientação parenta, ansiedade e sintomas depressivos e problemas com relações conjugais.

O usuário frequentador da ESF, infelizmente, denota de uma dependência relacionada a medicação muito grande. Não há uma autonomia frente ao seu processo de saúde-doença e na maior parte das vezes, preferem seguir aumentando doses de medicação que seguir um plano de ação. Não há um exercício de autonomia onde ele possa se ver protagonista diante da situação, ainda é uma cultura muito médico-centrada, onde também acontece do usuário desqualificar a palavra de outro profissional da saúde, e desejar ou considerar apenas a avaliação do médico.

Durante as aulas propostas em Seminário de Campo I, o grupo de residentes também pode realizar uma discussão sobre as demandas de ambos os territórios, identificando também problemas relacionados ao saneamento básico, dificuldades de acesso à unidade, acessibilidade em geral dentro da própria ESF, adesão aos tratamentos propostos para diabéticos e hipertensos, falta de espaços de escuta na infância, falta de espaços de entretenimento e cultura, violência doméstica, a ausência de cuidados de saúde mental de idosos, dentre outros...

9. PROPOSTA DE PESQUISA INTERVENÇÃO – IDENTIFICAR POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NO ATENDIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES NO TERRITÓRIO

A mobilidade humana é uma realidade já discutida nas políticas sanitárias desde o século XIX, sendo como fonte de melhorias para o país ou como situação de problema. (GRANADA; DETONI, 2017) É possível identificar que esse processo migratório impacta diretamente em como o território se reorganiza diante desse fenômeno, que envolve tanto a materialidade quanto a produção social e a corporeidade. (CRESSWELL, 2006; KELLERMAN, 2006).

Nesta perspectiva, reflete-se também sobre os processos de saúde-doença e como as políticas públicas em saúde estão preparadas, ou não, para acolher e atender as demandas que chegam dessas novas residentes, incluindo a formação e as informações ofertadas aos trabalhadores. Por vezes, as imigrantes não recorrem aos serviços de saúde por medo de serem denunciadas, por dificuldades linguísticas e culturais, por não conhecerem a legislação, dentre outros... (FRAKEN, COUTINHO, RAMOS, 2009.)

Na Estratégia de Saúde da Família a ser pesquisada, percebe-se uma dificuldade por parte dos profissionais no manejo com aspectos relacionados à saúde das mulheres imigrantes, como nas coletas de preventivos, solicitação de exames, testes rápidos ou até mesmo, consultas de rotina, demandas de doenças crônicas e muitas vezes não há acesso fácil ou continuidade do tratamento/acompanhamento por dificuldades na comunicação ou na compreensão da prevenção do cuidado. Também há que se deparar com as questões estigmatizantes na hora do atendimento vivenciada por parte dos profissionais, por vezes com pensamentos ou protocolos limitados para o acolhimento, dificultando também a compreensão do sujeito atendido. No cotidiano também depara-se com procedimentos

que não eram realizados nos contextos de onde as mulheres imigrantes vem, e que precisam ser apresentados, explicados e aplicados de forma mais clara possível.

Portanto, refletir sobre o processo de cuidado que já vem ocorrendo na estratégia de saúde da família, focando em observar as dificuldades e potencialidades enfrentadas no manejo com as mulheres migrantes, faz com que se tenha a possibilidade de criar ferramentas de potencialização do trabalho, garantindo os princípios de universalidade e equidade, visando acesso de qualidade e favorecendo também na qualificação dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

_____. Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-normaatualizada-pl.html>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB)

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em debate**, v. 37, p. 372-387, 2013.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986, 2005^a

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de

Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. IN: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

GARCIA, Leila Posenato. 16a Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde. 2020.

MENDES, A. G. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 183-200.

Rosa, Walisete de Almeida Godinho e Labate, Renata Curi Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2005, v. 13, n. 6 [Acessado 30 Junho 2021] , pp. 1027-1034. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>>.

PAIM, Jairnilson. O que é o SUS. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **História de Marau**. s/d. Disponível em: < <http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>>. Acesso em: 20 de jun 2021

Silva, RC. (2002). Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. São Paulo (SP): Vetor.

(REFERÊNCIA: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)

MARIA EDUARDA DE SOUZA

CAPÍTULO 2: PROJETO DE PESQUISA INTERVENÇÃO

A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO
ACOLHIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES NO NORTE DO RIO GRANDE
DO SUL

Capítulo II: Projeto de Pesquisa-Intervenção, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de Concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof. Dra. Priscila Pavan Detoni

Coorientadora: Ms. Sandra Mara Setti

PASSO FUNDO

2021

RESUMO

O objetivo desta pesquisa-intervenção é analisar a percepção das experiências de acolhimento à saúde de mulheres imigrantes, realizados pelos trabalhadores da atenção primária em saúde em um município do norte do Rio Grande do Sul, que conta com um número expressivo e crescente de imigrantes residindo no território. Trata-se de um estudo com análise de conteúdo, qualitativo, descritivo. A coleta de dados se dará através dos instrumentos de diário de campo, grupo focal realizado em um momento com os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Alguns estudos apontam a dificuldade que os imigrantes tem enfrentado para acessar os serviços de assistência médica, por questões socioculturais, incluindo idioma, dificuldade de apropriação de seus direitos, mas tendo como possível principal causa, a baixa capacitação dos trabalhadores para atender as demandas dessa população, por isso, viu-se como necessário realizar a pesquisa para identificar as possíveis dificuldades e potencialidades no trabalho realizado na estratégia de saúde da família. Espera-se com o resultado, construir conjuntamente com a equipe a reflexão sobre a importância de adequação de atendimento e materiais de tecnologias leves capazes de facilitar, humanizar e qualificar o atendimento dos imigrantes no território.

Palavras-Chaves: Mulheres Imigrantes; Trabalhadores da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Acolhimento

ABSTRACT

The objective of this research-intervention is to analyze the perception of the experiences of welcoming immigrant women's health, carried out by primary health care workers in a municipality in the north of Rio Grande do Sul, which has a significant and growing number of immigrants residing in the territory. This is a study with content analysis, qualitative, descriptive. Data collection will be done through field diary instruments, interviews with key informants, one worker from each health area, focus group with the workers of the Family Health Strategy (ESF), in addition to a sociodemographic questionnaire to characterize the participants. Some studies point to the difficulty that immigrants have faced in accessing health care services, for sociocultural reasons, including language, difficulty in appropriating their rights, but having as a possible main cause, the low training of workers to meet the demands of this population, therefore, it was seen as necessary to carry out the research to identify possible difficulties and potentialities in the work carried out in the family health strategy. It is expected with the result, to build together with the team the reflection on the importance of adequacy of care and light technology materials capable of facilitating, humanizing and qualifying the care of immigrants in the territory.

Keywords: Immigrant Women; Health Workers; Primary Health Care; host

SUMÁRIO

Sumário

<u>1. INTRODUÇÃO</u>	32
<u>1.1 TEMA</u>	34
<u>1.2 OBJETIVO</u>	34
<u>1.2.1 Objetivo Geral:</u>	34
<u>1.2.2 Objetivos específicos:</u>	34
<u>1.3 JUSTIFICATIVA:</u>	34
<u>2. REFERENCIAL TEÓRICO:</u>	35
<u>3. METODOLOGIA</u>	39
<u>3.1 Tipo de estudo</u>	40
<u>3.2 Local e período de realização:</u>	41
<u>3.3 Sujeitos da pesquisa</u>	41
<u>3.5 Análise de dados:</u>	42
<u>3.6 Logística do estudo</u>	43
<u>3.7 Aspectos éticos:</u>	44
<u>3.8 Resultados esperados:</u>	46
<u>4. RECURSOS:</u>	46
<u>5. CRONOGRAMA</u>	46
<u>REFERÊNCIAS</u>	47
<u>APÊNDICES</u>	49

1. INTRODUÇÃO

A emigração apresenta a característica de ser o abandono ou saída de um Estado com finalidade de se instalar em outro. As normas sobre os direitos humanos prevêem que toda a pessoa deve poder abandonar qualquer país e que apenas em situações bastante limitadas, os Estados podem restringir o direito do sujeito deixar seu território. (OIM, 2009, p. 24). Segundo dados da Polícia Federal, existem cerca de 700 mil imigrantes no Brasil, no Rio Grande do Sul reside quase 30.000 destes. (BRASIL, 2018c) e grande parte destes estrangeiros que migram para país, encontram dificuldades de acesso ao sistema público de saúde.

O acolhimento e atendimento de imigrantes no Sistema Único de Saúde (SUS) é respaldado por diversas normas, entre elas o Art. 196 da Constituição Federal que garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, visando redução do risco de doenças e outros agravos. Assim como, também incluso no princípio de universalidade da Lei 8.080/90, está garantido acesso gratuito à todas as pessoas presentes em território nacional, mesmo aquelas sem documento de identificação.

Não apenas o atendimento, mas a qualidade de serviço é assegurada através do princípio de equidade, onde tem como objetivo reconhecer as diferenças nas condições de vida e diminuir as desigualdades, considerando que as pessoas tem necessidades distintas e deve-se atender à essa diversidade. (BRASIL, 1990) Entretanto, mesmo com essas definições estabelecidas, alguns fatores ainda dificultam o acesso e também a integralidade e longitudinalidade proposta nos serviços de saúde, como questões de desigualdade social, as dificuldades de grupos imigrantes em relação a cultura e comunicação e o inadequado preparo dos trabalhadores frente as demandas, questão cada vez mais frequente em meio aos novos fluxos humanos no Brasil. (SANTOS, MEDEIROS, 2017).

O acesso desses usuários ao Sistema de Saúde segue o modelo de organização proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), acontecendo através da Atenção Primária a Saúde, vista como a Porta de Entrada aos serviços. Na Atenção Primária, uma das principais ferramentas utilizadas em todos os processos, desde a triagem até procedimentos mais elaborados, é o acolhimento. Também compreendido como uma postura, que deve ser adotada e realizada por todos os profissionais da saúde ao realizar uma escuta atenta e humanizada para com o usuário. (MÂNGIA, et al..., 2002)

O acolhimento serve de recurso para compreender as demandas, vincular os usuários de forma mais efetiva, facilitar e organizar o fluxo de atendimentos. (BRASIL, 2013) O diálogo e a troca que é proporcionada no acolhimento, apresenta-se como um elemento de mediação entre sujeitos e a rede de atenção à saúde (GUERRERO et al, 2013).

A forma de receber as usuárias imigrantes é uma das questões fundamentais a serem transformadas na prática diária de trabalho. No território da ESF de atuação da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, percebe-se um grande número de mulheres imigrantes que buscam a ESF para atendimento, tratamento e acompanhamento de doenças crônicas, doenças agudas (havendo mais dificuldade para identificação das mesmas, em função da comunicação limitada pelo idioma) e gestações que frequentemente são descobertas na própria unidade de saúde. Além da dificuldade de comunicação enfrentada no acolhimento, também há resistência quanto a adesão de recursos de promoção e prevenção à saúde em função das questões culturais.

Percebeu-se ao longo da construção deste projeto de pesquisa, a dificuldade de obter dados relacionados a saúde dos imigrantes (consequentemente da mulher imigrante) no território de atuação em questão e nos dados de saúde do município como um todo. Não havendo números ou estimativas registradas quanto ao fluxo da imigração na cidade, assim como atendimentos nas unidades de saúde, discriminação de agravos ou doenças recorrentes advindas da migração ou até mesmo adquiridas no próprio território.

Considerando estes aspectos apontados, entende-se a necessidade de compreender como acontece atualmente os acolhimentos realizados pelos trabalhadores e qualificar esse trabalho realizado com as mulheres imigrantes junto ao serviço de saúde, com o objetivo de garantir a universalidade, equidade e funcionalidade da rede de forma eficaz. Também, promovendo espaço de pertencimento da usuária imigrante ao seu direito de acesso à saúde integral e prevenindo maiores dificuldades de acesso por esta população.

Essa pesquisa intervenção de Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), está vinculado ao subprojeto de pesquisa “Saúde da Mulher na Atenção Básica no planalto riograndense”. Se insere em um projeto guarda-chuva que contempla o estudo da saúde da mulher na região de abrangência da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) no Sul do Brasil, com um grupo de pesquisadoras vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Saúde, Mulher e Gênero (GEPISMUG), entre os *campi* de Chapecó e Passo Fundo

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA:

Como tem sido a experiência dos acolhimentos realizados pelos profissionais da ESF com mulheres imigrantes?

1.2 TEMA

A experiência de trabalhadores da saúde de uma Estratégia de Saúde da Família no acolhimento de usuárias imigrantes.

1.3 OBJETIVO

1.3.1 Objetivo Geral:

Compreender as experiências dos trabalhadores da atenção primária acerca de mulheres imigrantes acolhidas em uma ESF no norte do estado do Rio Grande do Sul.

1.3.2 Objetivos específicos:

1. Identificar a compreensão dos/as trabalhadores/as de saúde acerca das experiências realizadas nos acolhimentos de mulheres imigrantes no território;
2. Analisar potencialidades e dificuldades dos recursos já utilizados para a realização dos acolhimentos com mulheres imigrantes;
3. Refletir quais os impactos que acontecem no andamento do serviço com o processo migratório que ocorre no território;
4. Compreender o fluxo de atendimentos dos imigrantes na rede de atendimento do município;
5. Elaborar ou manejar estratégias que viabilizem o atendimento de qualidade para os imigrantes.

1.4 JUSTIFICATIVA:

A mobilidade humana é uma realidade já discutida nas políticas sanitárias desde o século XIX, sendo como fonte de melhorias para o país ou como situação de problema. (GRANADA; DETONI, 2017) É possível identificar que esse processo migratório impacta diretamente em como o território se reorganiza diante desse fenômeno, que

envolve tanto a materialidade quanto a produção social e a corporeidade. (CRESSWELL, 2006; KELLERMAN, 2006).

Nesta perspectiva, reflete-se também sobre os processos de saúde-doença e como as políticas públicas em saúde estão preparadas, ou não, para acolher e atender as demandas que chegam dessas novas residentes, incluindo a formação e as informações ofertadas aos trabalhadores. Por vezes, as imigrantes não recorrem aos serviços de saúde por medo de serem denunciadas, por dificuldades linguísticas e culturais, por não conhecerem a legislação, dentre outros... (FRAKEN, COUTINHO, RAMOS, 2009.)

Na Estratégia de Saúde da Família a ser pesquisada, percebe-se uma dificuldade por parte dos profissionais no manejo com aspectos relacionados à saúde das mulheres imigrantes, como nas coletas de preventivos, solicitação de exames, testes rápidos ou até mesmo, consultas de rotina, demandas de doenças crônicas e muitas vezes não há acesso fácil ou continuidade do tratamento/acompanhamento por dificuldades na comunicação ou na compreensão da prevenção do cuidado. Também há que se deparar com as questões estigmatizantes na hora do atendimento vivenciada por parte dos profissionais, por vezes com pensamentos ou protocolos limitados para o acolhimento, dificultando também a compreensão do sujeito atendido. No cotidiano também depara-se com procedimentos que não eram realizados nos contextos de onde as mulheres imigrantes vem, e que precisam ser apresentados, explicados e aplicados de forma mais clara possível.

Portanto, refletir sobre o processo de cuidado que já vem ocorrendo na estratégia de saúde da família, focando em observar as dificuldades e potencialidades enfrentadas no manejo com as mulheres migrantes, faz com que se tenha a possibilidade de criar ferramentas de potencialização do trabalho, garantindo os princípios de universalidade e equidade, visando acesso de qualidade e favorecendo também na qualificação dos profissionais da saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO:

O processo de migração no país e no estado

Nas últimas décadas, há um aumento significativo relacionado a mobilidade humana. Mesmos sendo um fenômeno histórico, o aumento deve-se as facilidades proporcionadas nos avanços tecnológicos, mas principalmente aos aumentos de fluxos de serviços, capitais, conhecimentos. (GRANADA, 2017)

No Rio Grande do Sul, o fluxo migratório também vem sendo intenso e impactando nos processos de territorialização. Como podemos ver na tabela abaixo:

Tabela 1 – Registros migratórios por ano de entrada

UF de registro	2019	2020	Var (%)
Roraima	28.821	5.931	-79,4%
São Paulo	20.200	4.644	-77,0%
Amazonas	8.778	2.492	-71,6%
Rio Grande do Sul	6.566	1.523	-76,8%
Paraná	5.677	1.974	-65,2%
Santa Catarina	4.958	1.934	-61,0%
Rio de Janeiro	4.802	1.163	-75,8%
Minas Gerais	3.477	979	-71,8%
Mato Grosso do Sul	1.347	480	-64,4%
Mato Grosso	1.146	338	-70,5%
Demais estados	8.187	2.204	-73,1%
Total	93.959	23.662	-74,8%

Fonte: elaborado pelo OBMigra, a partir dos dados da Polícia Federal, SisMigra, 2020.

A tabela mostra os registros migratórios por ano de entrada, sendo esses dados coletados de 2019 e 2020 no período de janeiro e agosto de ambos os anos. O RS aparece como o quarto estado com maior registro.

As autoras Tonhati e Macedo (2020) realizam uma análise sobre as mulheres imigrantes no Brasil, examinando também inserção no mercado de trabalho formal das imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas. Elas argumentam que no início da década, a imigração era mais masculina, sendo 30% das mulheres apenas que migravam para o país. No entanto, no segundo período da década aparece maior destaque para haitianas, venezuelanas e cubanas. Ademais, as autoras constataram que há também uma maior pressão das mulheres para entrar no mercado de trabalho formal. Já as imigrantes que trabalham como domésticas referem aspectos psicossociais com escasso apoio, insegurança, estresse, ansiedade, tristeza, isolamento. (GRANADA, 2017)

Já no âmbito da saúde Granada (2017), aponta que existem registros de elevada desnutrição, problemas respiratórios, diarreia, doenças infecciosas, além de vivenciarem uma precariedade socioeconômica. Isso vem de encontro com algumas dificuldades já vistas e enfrentadas na Estratégia de Saúde da Família em pesquisa, por se ter uma dificuldade de identificar e tratar doenças agudas como as previamente citadas pelo autor. Além de um alto índice de gestação na população imigrante, muitas vezes desejosas dessa opção por ser uma “segurança” em permanecer no país, outras situações em que não planejaram ou não gostariam, ocorrem também pela falta de conhecimento e adaptação dos métodos contraceptivos propostos.

No Brasil, o Programa Saúde da Família, criado e implantado em 1994, é uma importante estratégia para reorganizar as práticas na APS e reorientar o sistema de saúde brasileiro, sistema de referência e contrarreferência. O Programa articula os demais níveis de complexidade de atenção com a APS, garantindo, assim, a integralidade das ações e a continuidade do cuidado. Trata-se de um modelo pautado no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação. (PNAB)

A assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (profissionais e usuários).

Acolher para (re)conhecer: as mulheres imigrantes

Uma das principais ferramentas utilizadas no processo de cuidado saúde-doença é o acolhimento. A mesma aparece sendo uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) tamanha sua importância. O acolhimento não tem enquadre específico para acontecer. Não é necessário local, data, horário ou profissional específico para realizar e deve estar presente em todos os processos de cuidado da saúde.

O acolhimento também se trata de uma postura ética frente ao usuário, com a responsabilidade da escuta e respeito pelas suas queixas e reconhecimento de um protagonismo diante da situação de saúde e adoecimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). É a partir do acolhimento que se darão encaminhamentos para os outros processos de cuidado, ou seja, uma ferramenta norteadora que através da escuta, subsidia ferramentas para os profissionais adequarem um melhor plano de cuidado juntamente com o usuário.

Bueno e Merhy (2008), acreditam que o acolhimento na saúde deve ser uma forma de construção de diversidade e tolerância, inclusão social através da escuta e um comprometimento com a construção de cidadania, além de também proporcionar um estímulo a autonomia diante da sua saúde.

O acolhimento como parte norteadora do trabalho ds ESF é essencial na construção de vínculo entre o profissional e o usuário e a família. Isso pode gerar cumplicidade e concretizando maior possibilidade de realizar os planos de intervenções

criados em conjunto, pois a partir da acolhida, cria-se um diálogo onde o usuário pode ser compreendido e ouvido dentro de suas necessidades e o profissional pode realizar sua proposta. Para existir esse vínculo, é necessário que se tenha empatia e respeito. (GARUZZI, 2014)

Levando em consideração todos esses aspectos levantados, entende-se a importância da formação dos profissionais da saúde para acolher de forma correta as novas demandas e realidades que surgem com o processo migratório no território. Belizaire e Fuertes (2011) sugerem em estudo que quanto mais o sujeito está integrado no território, menor será o nível de estresse, exibindo um quadro positivo quanto a saúde e qualidade de vida.

Mulheres imigrantes e o cuidado na saúde

A utilização dos serviços de saúde pelas populações imigrantes tende a ser considerado um dos mais importantes indicadores da sua integração nas sociedades que os recebem (Dias e col., 2009). Porém, o controle sobre o acesso aos processos de saúde realizados e a qualidade desses serviços para com as mulheres imigrantes na Estratégia de Saúde da Família ainda é incipiente, principalmente na região pesquisada.

Carballo (2007) nos diz que para analisar as questões de saúde com relação à imigração feminina, é preciso considerar as características de quem migra, quando migra para onde e qual o conceito de saúde que está sendo avaliado. As imigrações, por si só, não constituem uma ameaça à saúde, porém as condições destas migrações e como elas acontecem, podem aumentar os riscos de vulnerabilidade dos sujeitos à doenças psicológicas e físicas (RAMOS, 2008). Esses apontamentos nos levam a considerar que há uma necessidade de pensar a imigrante como um sujeito díspar, que traz consigo particularidades importantes de serem levadas em conta na hora de um acolhimento, cuidado ou atendimento à saúde que por vezes já está estruturado e pensado à partir de uma noção de compreensão, cultura, nacionalidade, sendo importante considerar questões relacionadas a compreensão de saúde-doença, hábitos culturais, heranças histórias, nacionalidade, idade, ocupação, etc. (TOPAS, NEVES, NOGUEIRA, 2013.)

Essas mulheres que vivem no território de atuação, são mulheres imigrantes venezuelanas, haitianas, congolezas que chegam até a unidade de saúde com queixas superficiais de dores de estômago ou dores de cabeça, sintomas gripais, etc. Utiliza-se da palavra superficial justamente por haver uma lacuna de compreensão e explanação na

linguagem do que é sentido e do que é referido no momento do acolhimento. Esses dados foram coletados a partir de algumas consultas realizadas na ESF, onde os profissionais questionavam e evoluíram atendimento no sistema de prontuários. No próprio prontuário, é possível ver a limitação de registro da nacionalidade, sendo apenas disponível a opção como brasileira.

Os profissionais da saúde do local, buscam solicitar a vinda de um acompanhante que fale minimamente o português para que possa existir a tentativa de uma tradução do diálogo e maior eficácia no atendimento, porém pode-se perceber que há procedimentos onde a mulher sente-se constrangida ou que as sentenças não são traduzidas como solicitado pelos profissionais e pacientes. Houveram alguns casos no ano de 2020, onde as usuárias chegavam até a unidade relatando episódios de cefaleia, dor abdominal, quando na verdade estavam passando por outros quadros de sintoma e patologia, ou até mesmo, fazendo a descoberta de gestações no próprio acolhimento.

Formação de competências para profissionais da saúde

Topas, Neves e Nogueira (2013) mostram que os profissionais da saúde não estão devidamente prontos para atender junto a população de imigrantes, muitas vezes reforçando episódios de constrangimento. Há ausência de formações, estratégias e competências multiculturais, assim como políticas de saúde que viabilizem um atendimento adequado, de qualidade. Além da questão comunicacional que envolve a linguagem e que implica na dificuldade de compreensão no acolhimento, também há um despreparo de lidar com a diversidade epidemiológica do país de origem. Assim como, também há a existência de preconceito, discriminação, estigmatização por parte de profissionais.

Ponce et al, 2006 diz que a existência de serviços de assistência linguística e multicultural podem diminuir as limitações de acessibilidade ao serviço, ocasionando na melhora da saúde das pessoas. Martin et al. 36, também colocam que os trabalhadores da saúde possuem poucos elementos para lidar com o atendimento à população de imigrantes, e diante disso, encontram no protocolo previamente construído, a segurança para executar com usuários com os quais apresentam dificuldade de comunicar e compreender. Essa tendência de adotar uma visão etnocêntrica da saúde pode levar as mulheres imigrantes a se sentir inibidas ou discriminadas, fazendo com que seja mais recorrente seu isolamento.

METODOLOGIA

1.1 Tipo de estudo:

Para melhor compreensão das percepções, dificuldades, potencialidades que a equipe encontrou nas suas experiências, será um estudo de abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo, do tipo pesquisa intervenção. A análise de dados será realizada pelo método de análise de conteúdo de Bardin. Para Laurence,

“esse termo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticas e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 47).

A pesquisa intervenção busca percorrer os processos em que a pesquisadora está implicada no campo de estudo como residente, bem como orientada por preceptora e tutora. Sobre esse método de pesquisa e análise podemos afirmar que:

... a característica fundante envolve a escuta, a abertura, a espreita, a disponibilidade, o deslocamento, a atenção, certa sensibilidade, o tateamento, os movimentos de aproximação e o distanciamento, a implicação, a confiança. O que significa dizer que deve haver, tanto quanto possível, esforço para estabelecimento de relações horizontais entre os sujeitos, as quais favoreçam as possibilidades de diálogo, um permanente refazer-se que atinja a todos e, sobretudo, qualificação de espaços de encontros. (MENDES, 2016)

Nesse tipo de abordagem de pesquisa-intervenção há a interconexão de estratégias que não dissociam pesquisa e intervenção, que envolvem a participação, técnica, política, daqueles que são de alguma forma, atingidos ou envolvidos pela ação. (MENDES, PEZZATO, SACARDO, 2016). Coimbra, Scheinvar, Ayres e Nascimento (2005) afirmam que "a restituição é um procedimento intrínseco à pesquisa visto ser um dispositivo que permite à população pesquisada escapar do lugar instituído de objeto e ao pesquisador sair da posição de neutralidade instituída como científica" (p. 133-134).

Os grupos focais possibilitam apreender sentimentos, opiniões em situação de interação, sentimentos. Neste sentido, é um dispositivo de intervenção, pois propõe

reflexão sobre a temática tida como foco e proporciona o compartilhamento e revisão de opiniões através de explicitação semiestruturada de convergências e divergências. Para Meihy (2005, p. 187), o caderno de campo deve funcionar “[...] como um diário em que o roteiro prático seja anotado – quando foram feitos os contatos, quais os estágios para se chegar à pessoa entrevistada, como correu a gravação, eventuais incidentes de percurso”. Ele deve ser produzido pelos responsáveis pela pesquisa e será de grande ajuda no momento da análise dos documentos. Por isso, é fundamental registrar em diários de campos os movimentos de acolhidas as mulheres imigrantes que chegam na ESF e as que se encontram no território dentro das suas possibilidades e dificuldades em acessar os cuidados em saúde.

3.2 Local e período de realização:

A pesquisa será realizada na Estratégia Saúde da Família São José Operário de um município da região norte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2022, onde é o território da residência multiprofissional.

3.3 Sujeitos da pesquisa:

Participarão da pesquisa os/as trabalhadores/as da Estratégia Saúde da Família, que estiverem desempenhando suas atividades no período da coleta e que terão contato com os usuários imigrantes do território. Além dos/as usuários/as que estarão em consulta e estarão inclusos, de forma anônima, na descrição de percepções no diário de campo produzido pela pesquisadora. Para participarem do estudo, precisarão manifestar estarem de acordo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de inclusão - trabalhadores/as que fazem parte da equipe de uma ESF de um município da região norte do estado do Rio Grande do Sul, que estejam desempenhando suas atividades no período da coleta e que aceitem participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Critérios de exclusão – trabalhadores da equipe que estiverem em afastamento ou licença saúde, ou por outra razão, além de férias e fora do horário de trabalho.

3.4 Instrumentos da coleta de dados:

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora responsável nos espaços de educação permanente e reunião de equipe que acontecerão os grupos focais, conforme disponibilidade do grupo e também nos acolhimentos, em horário de trabalho, realizado pelos profissionais da unidade.

Para a realização da pesquisa a pesquisadora fará uso de três instrumentos que auxiliarão na coleta de dados buscando atingir os objetivos do estudo. Os instrumentos são:

1. Questionário sociodemográfico - caracterização dos/as trabalhadores/as da pesquisa: instrumento elaborado para esta pesquisa, com o intuito de caracterizar os/as trabalhadores/as e proporcionar reflexões. Contém informações sobre idade, escolaridade, tempo de atividades na ESF. O tempo médio de resposta é 10 minutos.

2. Diário de campo: elaborado para esta pesquisa, para registrar e categorizar as informações obtidas durante os atendimentos e acolhimentos realizados pela equipe com as mulheres imigrantes no cotidiano.

O diário de campo tem o objetivo de registrar os acontecimentos do campo de pesquisa, sendo esses registros datados e contextualizados. Remi Hess (2006) situa o diário de campo captando o cotidiano, as percepções, as vivências e as entrevistas, o que possibilita a reflexão da prática. Dessa forma, a experimentação da escrita com o diário de campo pode produzir uma forma de distanciamento e de deslocamento: “[...] a escrita narrativa – e não somente descritiva – força o observador a implicar-se com o campo da experiência, tensionando-a com esse mesmo movimento”. (DIEHL; MARASCHIN; TITTONI, 2006, p. 411).

3. Educação permanente em equipe com grupo focal: O grupo focal acontecerá em um momento de encontro com a equipe em educação permanente, onde os trabalhadores serão convidados a relatarem suas experiências, suas percepções e seus sentimentos diante dos atendimentos. Em um segundo encontro, acontecerá novamente o grupo focal onde serão expostos alguns materiais como cartilhas de atendimento traduzidas, ferramentas e materiais que já são utilizados em outros contextos da saúde para produzir melhores condições para os atendimentos.

3.5 Análise de dados:

A análise de dados se dará através da perspectiva da análise de conteúdo, onde serão construídas categorias a partir das narrativas dos trabalhadores e do compreendido através do material coletado em diário de campo e no grupo focal.

A AC é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Para Bardin (2009), o primeiro é o recuso do computador; o segundo o interesse pelos estudos inerentes à comunicação visual e o terceiro é a inviabilidade de precisão dos trabalhos linguísticos. – SPSS. Para uma aplicabilidade coerente do método, de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a Análise de Conteúdo deve ter como ponto de partida uma organização (MENDES; MISKULIN, 2017):

1. **A pré- análise:** descreve a primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação.

2. **A exploração do material:** Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Portanto, a codificação e a categorização fazem parte da AC.

3. **O tratamento dos resultados:** a inferência e a interpretação. Objetiva a sistematização para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise.

3.6 Logística do estudo:

Em uma reunião de equipe será apresentada a proposta da pesquisa aos trabalhadores (as), visando elucidar dúvidas e ser assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) aos que aceitarem participar da pesquisa. Após a assinatura do termo, será entregue a cada participante que aceitar participar da pesquisa, o Questionário sociodemográfico - caracterização dos participantes da pesquisa (APÊNDICE B), serão respondidos durante a reunião de equipe. Posteriormente será realizado um grupo focal em um espaço de educação permanente, onde serão dirigidas perguntas semiestruturadas para os trabalhadores que poderão iniciar a discussão acerca do tema debatido, apresentando suas experiências e suas percepções sobre os atendimentos. O encontro será gravado com a autorização dos presentes.

Também acontecerão os relatos de diários de campo, onde a pesquisadora acompanhará os profissionais da saúde em acolhimentos, fazendo registro de suas percepções e de algumas informações. Após três meses do primeiro encontro com grupo

focal, acontecerá o segundo encontro com intuito de apresentar materiais, possibilidades e informativos, assim como resgatar os apontamentos sobre questões trazidas no primeiro encontro, dando continuidade ao diálogo sobre a importância de refletir novas propostas de fazer e também oportunizando um espaço de construção de ferramentas ou estratégias que a própria equipe participante pode adotar como medidas de acessibilidade, a partir das propostas trazidas.

Em todos os encontros de sensibilização programados, a pesquisadora responsável utilizará a técnica da observação participante. De acordo com Minayo (2004), esta técnica é definida como um processo pelo qual se mantém a presença dos observados em uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, na qual o observador está em relação face a face com os observados. Ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados e se torna parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este”. Dessa forma, os dados serão registrados no Roteiro de diário de campo (APÊNDICE D), contendo informações relevantes e detalhadas sobre os dados observados. Os dados coletados serão analisados conforme a análise de discurso de Laurence Bardin, seguindo as fases de pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Em uma reunião de equipe, será apresentado aos participantes uma devolutiva com os resultados preliminares, discutida a percepção geral dos participantes sobre a temática abordada e a experiência vivenciada nos grupos discutidos, onde poderão expressar que pôde ou não ser utilizado como recurso a ser utilizado no cotidiano.

Todos os encontros terão o áudio gravado por aparelho digital para auxiliar na transcrição das informações.

Aspectos éticos:

Essa pesquisa passará pela ciência e concordância da Secretara Municipal de Saúde de Marau através da assinatura do Termo de Ciência e Concordância Da Instituição Envolvida, e será submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul - CEP/UFFS através da Plataforma Brasil.

Será desenvolvida de acordo com as resoluções nº 510, de 7 de abril de 2016 e nº 466 12 de dezembro de 2012. Quanto aos benefícios da pesquisa envolvendo os

trabalhadores, será oportunizado um espaço de reflexão sobre a prática de acolhimento a população de imigrantes, com acesso a cartilhas e informações que podem qualificar e facilitar o trabalho desenvolvido na unidade de serviço, se caracterizando também como uma ferramenta de educação em saúde, capaz de construir novos conhecimentos e aumentar a autonomia tanto do trabalhador da saúde, como da usuária imigrante e seu coletivo.

A devolução dos resultados encontrados e dos materiais construídos ao longo do processo serão compartilhados através de um encontro com o grupo focal selecionado em formato de escuta e educação permanente. Pretende-se apresentar os resultados para a gestão municipal de saúde, por meio do Trabalho de Conclusão de Residência.

Quanto aos riscos que correm durante a participação da pesquisa, há o risco de identificação do trabalhador/a e constrangimento nos grupos focais. A pesquisadora se compromete a manter o sigilo da identificação dos/as trabalhadores/as. Com intenção de minimizar esses riscos, os dados coletados serão manuseados apenas pela equipe de pesquisa; o questionário sociodemográfico e os dados do diário serão descritos de forma anônima; o trabalhador/a será identificado por um código – letra “M” seguida de um número; e quanto aos áudios que serão gravados, serão utilizados apenas para fins da pesquisa, serão transcritos, analisados, armazenados em local seguro e após serão excluídos.

Quanto ao risco de existir constrangimento por parte do/a trabalhador/a convidado/a a expressar sua percepção e experiências vivenciadas em relação à temática, o/a mesmo/a terá o direito de não responder as perguntas as quais não queira e também não se manifestar no grupo focal, caso não tenha o interesse. Os participantes também terão a liberdade de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem que isso lhe acarrete qualquer dano.

O questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada serão aplicados em sala reservada. Caso haja qualquer desconforto ao trabalhador/a, este poderá ser encaminhado para a rede de atendimento psicológico do município.

Os dados coletados ficarão de posse da pesquisadora responsável pelo estudo por um período de cinco anos no computador pessoal com senha e acesso restrito. Quanto aos dados físicos serão guardados em envelope lacrado, datado e assinado pela pesquisadora, e ficarão na sala da psicologia da ESF do estudo com acesso restrito. Posteriormente ao tempo de guarda, tanto os arquivos digitais quanto os físicos serão destruídos.

3.7 Resultados esperados:

Espera-se com esse estudo compreender, a percepção dos/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a experiência de acolhimento dos imigrantes; fortalecer e incentivar a construção de ferramentas facilitadoras para uso da equipe no espaço da prática profissional; e a partir do desenvolvimento do trabalho, identificar fragilidades, potencialidades e propor intervenções de acolhimento e cuidado de respeito as diversidades nos espaços de participação da ESF.

4. RECURSOS:

Quadro 1 - Recursos Financeiros

MATERIAIS	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Canetas	20	R\$2,20	R\$44,00
Notebook	1	R\$2.400	R\$2.400
Folhas A4	120	R\$ 0,06	R\$ 7,20
Impressão	100	R\$ 0,25	R\$25,00
Gravador de Voz	1	R\$ 280,00	R\$280,00
Projeter	1	R\$ 300,00	R\$300,00
Total			

Fonte: elaborada pela autora, 2021

Os recursos serão custeados pela equipe de pesquisa.

5. CRONOGRAMA:

Duração: janeiro a dezembro de 2022

ATIVIDADES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Submissão ao CEP	X	X										
Apresentação do trabalho, coleta de dados e intervenção			X	X	X	X						
Análise dos dados							X	X	X	X		
Envio de relatório parcial ao CEP										X		

Elaboração de relatório e artigo												X	X
Envio do relatório final ao CEP													X
Defesa do TCR													X

Fonte: elaborada pela autora, 2021

REFERÊNCIAS

Bardin, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.

Brasil. Constituição Federal. Em

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Obtido em

01/10/2021.

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Obtido em 01/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 22/10/2021

CNS, Assessoria de Comunicação. Acesso à saúde do estrangeiro no Brasil é tema de debate no CNS. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 8 out. 2010. Disponível em:. Último acesso em: 30 out. 2021.

Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm> (acessado em 22/10/2021).

- DIAS, S., ROCHA, C.; HORTA, R. *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras*. Um estudo qualitativo. Lisboa: ACIDI, 2009. Disponível em: <http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos_OI/OI_32.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.
- DIEHL, Rafael; MARASCHIN, Cleci; TITTONI, Jaqueline. Ferramentas para uma psicologia social. **Psicologia em estudo**, v. 11, p. 407-415, 2006.
- Franken I, Coutinho MP, Ramos N. Migração e qualidade de vida: um estudo psicossocial com brasileiros migrantes. *Estud Psicol*. 2009; 26(4):419-27.
- GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 35, p. 144-149, 2014.
- GRANADA, D.; DETONI, P. P. Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no Sul do Brasil. *Tematicas*, Campinas, SP, v. 25, n. 49, p. 115–138, 2017. DOI: 10.20396/tematicas.v25i49/50.11131. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/11131>. Acesso em: 24 out. 2021.
- GUERRERO, Patricia et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.
- MARANDOLA JR, Eduardo; DAL GALLO, Priscila Marchiori. Ser migrante: implicações territoriais e existenciais da migração. *Revista brasileira de estudos de População*, v. 27, p. 407-424, 2010.
- MÂNGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F.; HIDALGO, V. C. Acolhimento: uma postura, uma estratégia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002.
- Martin D, Goldberg A, Silveira C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde Soc* 2018; 27:26-36.
- MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane Maria; SACARDO, Daniele Pompei. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1737-1746, 2016.
- MENDES, Rosana Maria; MISKULIN, Rosana Giaretta Sguerra. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa*, v. 47, p. 1044-1066, 2017.

MEIHY, José Carlos Sebe B.. Manual de história oral. 5 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

MONDARDO, Marcos Leandro. Raízes na Migração Des-Re-Territorialização e Redes Sociais. Universidade Federal da Grande Dourados MT. In www.bocc.uff.br/pag/boccomondardoraizes.pdf, 2009.

Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2009

RAMOS, N. Saúde, migração e interculturalidade. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2008.

SANTOS, Heloísa; MEDEIROS, André. Migração e acesso aos serviços de saúde: A necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos, 2017. Disponível em: <http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf>. Acesso em: 29 de out. de 2021.

TOPA, Joana; NEVES, Sofia; NOGUEIRA, Conceição. Imigração e saúde: a (in) acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. Saúde e Sociedade, v. 22, p. 328-341, 2013.

TONHATI, T.; MACEDO, M. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019). In: Cavalcanti, L; Oliveira, T.; Macedo, M., Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. 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, 2020)

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado/a,

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa intitulada “**A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO**

ACOLHIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL”, será realizada como Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: área de concentração Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica. Será realizada pela *psicóloga residente Maria Eduarda de Souza*, sob *orientação da Prof. Dra. Priscila Pavan Detoni*, e *coorientação da Preceptora Ms. Sandra Mara Setti*. Tem como objetivo central analisar as experiências e condutas dos/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o acolhimento de usuárias mulheres imigrantes no Sistema Único de Saúde (SUS). Possibilitará aos/as trabalhadores/as um espaço de reflexão e formação, favorecendo a construção de novas ferramentas de cuidado.

A participação na pesquisa se dará através de questionário sociodemográfico, encontro com grupo focal e a pesquisadora estará presente em acolhimentos com os imigrantes. O questionário servirá para a caracterização dos/as trabalhadores/as, será respondido após a assinatura do presente Termo pelos que aceitarem participar da pesquisa, o tempo médio de resposta é 10 minutos. Quanto ao grupo focal, acontecerá de 1 a 2 encontros com duração de 1 a 2 horas cada para a discussão do tema.

Nos grupos focais, será utilizado meio digital para a gravação da voz, com o uso exclusivo desta apenas para a transcrição das falas e melhor apreensão do conteúdo para posterior análise. Os dados em sua íntegra serão de uso da pesquisadora, o que garante a não divulgação do material e conduta ética. A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza nas Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que tratam dos preceitos éticos e da proteção aos/as trabalhadores/as que participarão da pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas, porém qualquer dado que possa identificar os/as trabalhadores/as será omitido. Os dados digitais coletados ficarão de posse da pesquisadora responsável pelo estudo por um período de cinco anos no computador pessoal com senha e acesso restrito. Quanto aos dados físicos, durante o período de realização da pesquisa ficarão de posse da pesquisadora, guardados na sala da psicologia da ESF do estudo em uma gaveta com chave. Após período de realização da pesquisa, os dados físicos serão guardados em

envelope lacrado, nomeado, datado e assinado pela pesquisadora, ficarão em sala com acesso restrito. Posteriormente, os arquivos digitais e os físicos serão destruídos.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa para colaborar com a pesquisa, sendo sua participação voluntária. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. Você não será penalizada(o) de nenhuma maneira caso não queira contribuir, não tendo repercussão em suas atividades de trabalho. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não terá obrigação de responder às questões que julgar desnecessárias ou julgar que possam ferir sua integridade moral. Havendo situações de desconforto e/ou cansaço durante a entrevista, esta poderá ser interrompida e retomada de acordo com a sua vontade. Quanto aos riscos, há o risco de identificação do/a trabalhador/a. A fim de minimizá-lo, os dados coletados serão manuseados apenas pela equipe de pesquisa; o questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada serão respondidos de forma anônima; e você será identificado/a na pesquisa por um código – letra “M” seguida de um número. A pesquisadora se compromete a manter o sigilo da identificação dos/as trabalhadores/as e se compromete com a guarda dos dados coletados. Com o intuito de minimizar o risco de constrangimento o/a trabalhador/a tem o direito de não responder as perguntas das quais não queira, e tem a liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que isso lhe acarrete nenhum dano em seu trabalho. O questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada serão aplicados em sala reservada. Caso haja qualquer desconforto ao/a trabalhador/a, este/a poderá ser encaminhado/a para a rede de atendimento psicológico do município. Esta pesquisa, contribuirá para o desenvolvimento de ações e construções em relação ao atendimento e acolhimento de mulheres imigrantes junto à ESF.

Quanto aos benefícios, será oportunizado um espaço de reflexão sobre a prática de acolhimento a população de imigrantes, com acesso a cartilhas e informações que podem qualificar e facilitar o trabalho desenvolvido na unidade de serviço, se caracterizando também como uma ferramenta de educação em saúde, capaz de construir novos conhecimentos e aumentar a autonomia tanto do trabalhador da saúde, como da usuária migrante e seu coletivo. A devolução dos resultados será partilhada em reunião de equipe e pretende-se apresentar os resultados para a gestão municipal de saúde.

Caso aceite participar, receberá uma via deste termo de consentimento onde consta os contatos da pesquisadora. Poderá a qualquer momento tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação.

Maria Eduarda de Souza – Pesquisadora responsável – eu assino como pesquisadora responsável para o COEP e para UFFS - para se precisar responder processo.

Tel: (54) 991866368 E-mail: duda.souza.g@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS

Rua Capitão Araújo, 20, Centro, Cx Postal 3520

CEP 99010-200 – Passo Fundo – RS – Brasil

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Declaro que li, entendi e concordo com todas as informações presentes neste Termo. Compreendidos a natureza e o objetivo deste estudo, bem como as condições de minha participação, manifesto meu livre consentimento em participar.

Marau, _____ de _____ de 2022.

Nome completo do/a trabalhador/a.

Assinatura do/a trabalhador/a

Maria Eduarda de Souza – Pesquisadora responsável

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA GUIAR EDUCAÇÃO PERMANENTE

Você já acolheu ou atendeu usuários imigrantes na ESF?

() Sim () Não

Como se sentiu?

Quais as potencialidades da atuação da ESF nos casos de mulheres imigrantes que acessam o serviço?

Quais as dificuldades em realizar acolhimento de usuários imigrantes?

Utiliza-se de estratégias à parte para realizar contato com os imigrantes?

Sim Não

Se sim, o que se costuma fazer?

Como funciona o encaminhamento das mulheres imigrantes para a rede de atendimento do município?

Você já teve alguma capacitação/formação para atender mulheres imigrantes?

Sim Não

Você conhece algum material, manual, ferramentas para esse tipo de atendimento?

Sim Não Se sim, qual?

APÊNDICE D – DIÁRIO DE CAMPO

APÊNDICE D – DIÁRIO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO
ENVOLVIDA

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz**, o representante legal da instituição Secretaria de Saúde do Município de Marau - RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado: “**A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO ACOLHIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**”, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos das Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, e as demais legislações vigentes.

Douglas Kurtz

Secretário de Saúde do Município de Marau - RS

MARIA EDUARDA DE SOUZA

Psicóloga Residente - Pesquisadora Responsável

Marau, ____ de _____ de 2021

MARIA EDUARDA DE SOUZA

**CAPÍTULO 3 – RELATÓRIO DA COLETA DE DADOS:
DADOS DA PESQUISA**

**A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO
ACOLHIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES NO NORTE DO RIO GRANDE
DO SUL**

III Capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

PASSO FUNDO, RS

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

MARIA EDUARDA DE SOUZA

**A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA
NO ACOLHIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES NO NORTE DO RIO
GRANDE DO SUL**

PASSO FUNDO - RS

2022

MARIA EDUARDA DE SOUZA

**A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA
NO ACOLHIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES NO NORTE DO RIO
GRANDE DO SUL**

Capítulo III, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de Concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof. Dra. Priscila Detoni

Coorientadora: Ms. Sandra Mara Setti

PASSO FUNDO - RS

2022

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de trabalho de campo constitui o terceiro capítulo do Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – área de concentração: Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade/Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, executado junto à Secretaria de Saúde de Marau/RS em Estratégias de Saúde da Família São José Operário. Busca-se descrever o percurso e os processos de construção do trabalho de campo, considerando todas as vivências do aluno/profissional enquanto pesquisador. A pesquisa de que trata tal relatório tem como título “A experiência de trabalhadores da saúde da atenção básica no acolhimento de mulheres imigrantes no norte do Rio Grande do Sul”.

O trabalho tem por objetivo, analisar as experiências de atendimento com mulheres imigrantes realizadas em uma Estratégia de Saúde da Família pelos profissionais da saúde. Além de, compreender amplamente as margens de possíveis dificuldades e potencialidades nas condutas já realizadas para adequar os atendimentos com maior resolutividade. Martes & Faleiros (2013) ressaltam que todos os imigrantes com documentação regulamentada têm direito a acessar políticas públicas de saúde, seguridade social, educação e previdência, independentemente de sua nacionalidade. Almeida & Souza (2008) destacam que, mesmo não possuindo uma situação regulamentada, os imigrantes devem ser considerados como pessoas com direitos. Acima das questões de segurança nacional, devem ser-lhes garantidos os direitos humanos.

Para delinear esse estudo, pretende-se utilizar a análise de dados de Bardin, e como instrumentos de coletas de dados, serão utilizados diários de campo, grupo focal com os membros participantes da pesquisa e questionário sociodemográfico. É preciso enfatizar que o trabalho está em processo de construção. Uma caminhada que se tece desde o princípio da residência, surge à partir de nossas perspectivas do território, identificação de temáticas problemas, bem como, a escolha central para reflexão e produção da pesquisa-intervenção.

2. LOGÍSTICA E ETAPAS DA COLETA DE DADOS

2.1 LOGÍSTICA PRÉVIA A COLETA DE DADOS

Anterior à elaboração do projeto de pesquisa que deu origem ao presente relatório, houve a construção do Diagnóstico Territorial da Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário, no qual foram levantadas as fragilidades e potencialidades do serviço, assim como a realidade da comunidade em seu entorno. Por meio desse instrumento, foi realizada a escolha do tema e do percurso metodológico traçado para responder ao problema identificado. Houve a escolha de uma temática inicial, porém a residente optou por adequar melhor o tema de pesquisa as necessidades do serviço e sua disponibilidade e implicação emocional para elaboração do trabalho.

Considerando a observação de que existe a demanda relacionada à integração de imigrantes na comunidade, e que esse “integrar-se” tem impacto direto no serviço de saúde e nos seus fluxos, passou-se a questionar qual poderia ser a demanda central relacionada à atenção básica. Assim, chegou-se a temática do estudo, ao identificar que a maior dificuldade enfrentada na ESF, surgia ainda no acolhimento do imigrante na Estratégia de Saúde da Família, implicando na continuidade de tratamento, na frequência de busca pelo serviço, nos encaminhamentos que são realizados. Para tanto, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, de cunho exploratório.

O projeto foi construído no decorrer do segundo semestre de 2021, apresentado e aprovado pela banca de qualificação no dia 06 de dezembro do mesmo ano, sendo que algumas das sugestões dadas pela banca foram analisadas e acrescentadas ao projeto. Outras interpretadas como discordantes da proposta de pesquisa. A projeto está vinculada ao projeto guarda-chuva intitulado Saúde da Mulher na Atenção Básica no planalto rio-grandense, tendo como principal responsável a professora e orientadora Priscila Pavan Detoni. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Quanto à metodologia, o trabalho foi dividido em três dimensões: pesquisa bibliográfica; análise dos diários de campo e dos grupos focais realizados com os profissionais da ESF. Para a pesquisa bibliográfica, foram e ainda serão utilizados livros e artigos de bases bibliográficas sobre o tema com o intuito de lançar luz sobre o percurso traçado, fundamentar teoricamente as investigações, para que assim se alcance de forma mais exitosa o objetivo deste trabalho. O trabalho já foi apresentado à equipe da ESF São

José em reunião de equipe, momento em que foi realizado o convite para participar da pesquisa e o pedido para que sinalizassem ao longo dos dias, os atendimentos que poderiam ser acompanhados.

2.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Apesar de no período da coleta de dados ainda estarem vigorando algumas das recomendações para a diminuição da transmissão da COVID-19, como o uso de máscaras, a aplicação dos instrumentos de coleta pôde acontecer de maneira presencial, uma vez que os participantes eram os profissionais colegas de trabalho da pesquisadora. Como principal instrumento, foi utilizado o diário de campo, um dispositivo de registro das temporalidades cotidianas vivenciadas na pesquisa e das diversas culturas inscritas na comunidade. (DE OLIVEIRA, 2014.)

Também será utilizado ao longo da pesquisa, o questionário sócio demográfico, a fim de caracterizar a amostra de participantes da pesquisa. Para os grupos focais, foi elaborado juntamente com a preceptoria, um roteiro para condução dos encontros com os profissionais da saúde, as questões são adequáveis e estão organizadas com o intuito de facilitar a gestão do encontro e dos assuntos abordados.

A aplicação dos instrumentos foi realizada no momento do acompanhamento dos atendimentos com os profissionais ou posterior a eles, dependendo da situação encontrada no momento. A duração variava conforme a demanda do paciente e manejo do profissional.

Torna-se importante salientar que durante a leitura do TCLE e esclarecimento sobre objetivos e etapas da pesquisa, também foi explicado para os participantes que as respostas deveriam ser dadas de acordo com a rotina vivenciada, uma vez que o questionário estruturado foi montado pensando no contexto dos acolhimentos vividos cotidianamente.

2.3 PERDAS E RECUSAS

Compreendem-se como perdas até o momento, os acolhimentos que a pesquisadora não pode acompanhar pelo choque de horário de sua agenda, com a dos profissionais que recebiam os imigrantes. Uma dificuldade que até então não havia sido considerada, é de que, a agenda diária só é liberada aos profissionais no início do expediente, podendo haver conflitos de agenda. Porém, é importante salientar que nenhum participante convidado recusou a participação na coleta e a presença da pesquisadora nos acolhimentos.

Também é importante ressaltar que há certa rotatividade de profissionais no serviço da atenção básica, fazendo com que a pesquisadora deva se adequar e apresentar novamente a pesquisa para os novos integrantes da equipe. Ao longo das apresentações, são reforçados os pontos positivos e a necessidade da construção de ferramentas para auxiliar na demanda.

A receptividade foi sentida pela pesquisadora, observando que as respostas eram dadas com tranquilidade e que os participantes demonstravam algum interesse pelo trabalho realizado, verificando a importância e auxílio que o mesmo poderia auxiliar na prática. Porém, até o momento é identificado certa resistência para que parta um convite destes profissionais para que a pesquisadora possa participar dos acolhimentos.

2.4 PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Os dados da pesquisa estão se dando a partir do questionário demográfico, dos registros em diário de campo e dos grupos focais que serão realizados após as coletas.

A análise e interpretação dos dados estão sendo realizada baseada no Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (DOS SANTOS, 2012), que consiste em três etapas: **Primeira etapa - Pré-análise:** incide na organização e preparo do material que será analisado, tornando-o operacional. Realizará a leitura flutuante de todos os materiais registrados ao longo da pesquisa. Buscará conforme a orientação do método a construção de um corpus com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. **Segunda etapa - Exploração do material:** consiste na codificação e categorização do material. Na codificação, a residente fará o recorte das unidades de registro. As unidades de registro podem ser a palavra, o tema, o objeto, o acontecimento ou o documento. Também realizará a enumeração e categorização por meio da frequência de respostas e a presença (ou ausência) de determinadas palavras ou termos. Assim, a

residente irá codificar as palavras e temas que apareceram com maior frequência nas falas dos/as trabalhadores/as no instrumento semiestruturado e nos encontros de grupos focais organizando-as em categorias para a análise. Essa codificação e separação das categorias serão feita por cores. **Terceira etapa - Tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos achados.** Os resultados obtidos neste estudo serão interpretados procurando-se identificar as questões mais relevantes sobre o tema. Serão apresentados de forma a dialogar com o conhecimento já produzido em literatura sobre o tema.

3. POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS

- Conflito de agendas dos profissionais
- Rotatividade dos trabalhadores no período da coleta de dados
- Interesse sobre o tema como uma potencialidade

4. APÊNDICE

DIÁRIO DE CAMPO

Relato de caso 04/05/2022 - acolhimento

Mesmo sem intenção, hoje tive minha primeira observação e participação de acolhimento na unidade com uma mulher imigrante. Foi o primeiro do semestre, que parei pra prestar atenção e observar a postura dos profissionais, dos usuários que ali se encontravam e da usuária em questão. Ela buscou a unidade, pois tinha agendada uma consulta para sua filha mais velha, que passou a noite em claro com febre e dor de cabeça. Ela chegou até a unidade, com seus três filhos, uma menina e dois meninos menores. Todos estavam sem a máscara, então, a mãe foi advertida pela técnica de enfermagem e pela profissional do administrativo que diariamente ficam na recepção. No momento, disseram que eles não poderia entrar no local sem a máscara.

A usuária explicou que esqueceu e ambas as profissionais, enfatizaram que não poderia continuar ali dentro sem o uso da mesma. Um dos usuários presentes no momento tirou sua máscara, entregou a ela e saiu do interior da unidade. Nesse tempo, a mulher começou se exaltar e ficar nervosa, pois tinha demorado alguns dias até conseguir consulta na unidade, disse que quando ligava 156, número de agendamento de consultas,

não encontrava mais “fichas de atendimento”. Frustrada, começou a chorar e dizer que era injusto a julgarem por um esquecimento, quando já estava cansada por outros fatores que veio me contar depois.

As profissionais permaneceram sentadas, explicando que era uma regra. Me aproximei, expliquei que ela seria atendida, porém precisaria do uso da máscara dentro do local por protocolo. Coloquei minha mão no braço dela e a conduzi até a frente da unidade para obter mais informações e sair do local onde houve a situação e onde os demais usuários estavam aguardando sua consulta... Questionei onde morava, o motivo da consulta, tentei acalmá-la e reforçar que ela seria atendida e que foi apenas “um mal entendido”. Ela me contou que estava sem dormir, preocupada com as crianças que estavam constantemente com “gripe”, mas que tinha priorizado a consulta para a mais velha, que tinha passado muitas horas com febre e ela estava preocupada, pois só tinha paracetamol para dar a ela.

Quando questionei um pouco mais sobre sua situação atual, ela contou que as crianças estavam indo para a escola, na chuva, sem guarda-chuva, (vimos de diversos dias de chuva e frio no município) pois a família estava sem condições de adquirir um. Me preocupei e pedi para a técnica de enfermagem que quando ela fosse passar pela triagem, me chamasse para participar. Quase uma hora depois, pelo grande fluxo de atendimentos no dia, a técnica a chamou e segui junto na sala. Enquanto ela fazia o protocolo com a menina mais velha e os dois meninos permaneciam quietos, sentados no chão, a mulher me contou que estava no Brasil há pouco mais de 2 anos e no Rio Grande do Sul apenas um, anteriormente morava em Roraima. Ela e o marido trabalham, porém a situação ficou mais “apertada” desde que sua mãe, sua irmã e seus dois sobrinhos vieram morar com eles. Sendo ela e o esposo, os únicos provedores do lar, no total, morando 9 pessoas em uma só casa.

Questionei sobre alimentação, higiene, roupas... ela disse que as crianças estavam sem roupas de frio e coincidentemente, a ESF estava fazendo seu brechó solidário anual na data. Junto da técnica, informei que poderíamos dar as roupas que ela estivesse precisando e que estivesse disponível no brechó, sem custos. Ela então começou a chorar e pedir desculpas pelo comportamento anterior, dizendo que estava nervosa e cansada porque as coisas andavam mais difíceis, que ela estava preocupada com os filhos. Tranquilei e disse que ela poderia ficar calma e que tinha o direito de sentir e se expressar.

Logo depois, a sua filha mais velha passou por consulta, pegou medicação na farmácia e a técnica foi junto dela até o brechó, onde uma das agentes de saúde a ajudou a encontrar as peças que poderiam lhe ser útil. Nesse relato, fica exposto um breve momento de posição radical da equipe, onde provocou um desconforto desnecessário à usuária, levando-a a se expor na frente de outros usuários e chegar ao ápice do enfrentamento de seu cansaço físico e mental. Entendo que há um protocolo a ser seguido, porém já estamos com três doses de vacina e quase erradicados os casos no município.

Além de que, a forma de comunicar e acolher implica mais que o protocolo em si. Haviam máscaras na unidade que são direcionadas ao uso dos profissionais, porém naquela situação, onde uma mãe sai cedo de sua casa, sem dormir, com três crianças no frio e na chuva e recebe uma interdição de forma rígida, caberia uma flexibilização. Seja na fala, na atitude de lhe entregar uma máscara e até mesmo explicar diante dos outros usuários que era uma situação pontual. Talvez nem fosse preciso explicar, já que a atitude mais genuína encontrada nessa situação, foi o gesto do usuário de, literalmente, compartilhar a sua própria máscara.

Relato de caso 09/05/22 – atendimento médico

Por saber da temática do meu trabalho, uma das médicas da unidade, compartilha o relato de um de seus atendimentos da tarde, que ocorreu com uma mulher imigrante de 50 anos. M.H veio da Haiti e chegou ao Brasil ainda em 2017. O motivo da consulta seria solicitação de encaminhamento para oftalmologista, a acompanhante conta que a usuária já consultou com especialista, inclusive que já foi realizado um pedido de encaminhamento para cirurgia de catarata há mais de um ano, porém a mesma não soube relatar uma previsão.

A médica relata extrema dificuldade de comunicação com a usuária, não tem domínio algum do português, a mesma está com um acompanhante em consulta, que não demonstrava estar muito atento em auxiliá-la na compreensão do que era necessário, permanecendo no uso do celular. As ferramentas que a médica utilizou foram: tentar adequar sua própria linguagem de forma mais clara possível, utilizar Google Tradutor para compreender o que era dito pela usuária, assim como repassar as informações que estavam ao seu alcance e contatar pontos que a usuária já tinha entrado em contato.

Então, para entender melhor sobre a situação, a médica entrou em contato com o setor de *encaminhamentos* que comunicou, de forma um tanto quanto confusa e sem

formalidades, que haveria dificuldades da usuária ao acesso a realização do procedimento, pois não era permitido acompanhantes no bloco cirúrgico e a usuária precisaria se comunicar diretamente com o profissional que estaria realizando, para seguir as orientações que o mesmo indicaria durante o procedimento. Diante da situação, que já demonstra clara fragilidade em adequação dos serviços de saúde para os imigrantes, fica exposto o quanto a comunicação tem influenciado e impedido o fluxo de serviço da rede do município.

18/05/2022 – Relato de atendimento odontológico

A dentista da unidade me convidou para participar de uma avaliação odontológica. M.G. 32 anos, com data de entrada no país em fev/2021, nacionalidade venezuelana. A usuária tem como queixa inicial dor no dente. Arrisca um português com espanhol, sendo difícil a tradução de algumas palavras para o português. Automaticamente a dentista muda o tom de voz, com o claro intuito de tornar a fala mais compreensível, por vezes, parecendo confundir o tom da voz com a articulação das palavras e eloquência. “*Você consegue compreender o que estou falando?*” A profissional demonstra-se bastante disponível para compreender a usuária, porém completa algumas das frases na ânsia de entender o que será dito. Durante o atendimento, é identificado um abscesso na paciente, local onde a mesma reclama de dor, a dentista também realiza uma pequena restauração.

Enquanto realiza os procedimentos, conversa com a usuária para entender se já fazia acompanhamento odontológico em sua cidade natal, quais foram os procedimentos e desde quando sentia a dor. Apesar de dificuldades com algumas palavras, houve uma troca cultural, onde a usuária pode ensinar palavras para a dentista, bem como a dentista explicar questões relacionadas à dentição, na língua portuguesa. A profissional identifica alta dificuldade de comunicação. A usuária disse que estava ciente do que estava sendo feito no momento, assim como, ciente das orientações repassadas durante o procedimento. Infelizmente, não consegui concluir o acompanhamento deste atendimento, visto que minha paciente havia chego para atendimento.

26/05/2022 – Relato de atendimento odontológico

Novamente sou convidada pela profissional odontóloga, a participar de um atendimento. Neste comparece uma mulher venezuelana, acompanhada de seu filho de quatro anos. Ela diz que está sentindo dor há dois dias e sente sua boca inchada. Logo no início, já é identificado à dificuldade que a usuária tem de encontrar as palavras certas

para se expressar. É quando a profissional solicita: “*Você me entende ou quer que eu use o tradutor?*” A usuária diz que entende pouco e que gostaria de utilizar a ferramenta. O atendimento transcorre dessa forma, onde a dentista faz algumas perguntas básicas e traduz para que a usuária entenda e responda ou verbalmente ou pelo uso do aplicativo. É conduzida a cadeira de procedimentos e seu filho é posto de frente ao computador, acompanhando desenhos que a profissional deixou disponível para entretê-lo.

Durante o atendimento, a usuária repete “dolor de muelas” e há uma dificuldade de compreensão que “moelas” significa dente traseiro. A dentista demonstra-se atenta a história pregressa da usuária em relação aos cuidados bucais, pergunta sobre o acesso a saúde bucal em seu país, como e de quanto em quanto tempo costumava frequentar e mesmo com limitações, a usuária aponta que por condições financeiras, o cuidado era mínimo... Por conflito de agenda, não consegui acompanhar o procedimento e acolhimento até o final.

09/06/2022 - Relato de acolhimento ACS

Foi realizado visita domiciliar juntamente com a ACS T. em uma família de venezuelanos, que reside no Brasil desde 2019. Já passaram por diversos estados e atualmente, apenas o marido trabalha. A família encontra-se em dificuldades extremas. O casal tem uma filha de 9 meses que está com todas suas vacinas atrasadas no momento da visita, assim como as consultas de puerpério da mãe, que não sabe explicar o motivo. A comunicação se apresenta difícil e arrastada. Comenta que gostaria de colocar a bebê na creche, porém não conseguiu compreender as orientações da ACS. Estão passando por uma situação financeira complicada, sentindo muito frio e tendo poucos mantimentos.

Na visita, a mulher comenta que está com problemas de saúde, não sabendo especificar exatamente quais os sintomas, porém diz que está perdendo muitas mechas de cabelo, então foi orientada a agendar consulta pelo número 156. A agente de saúde também tentou a orientar para ir até a Pastoral do Imigrante para retirar cobertores. Após a visita, foi conseguido arrecadar roupas para o bebê e para a mãe. Em relação às vacinas do bebê, a conduta foi acionar o conselho tutelar para viabilizar o transporte e leva-la até o local de vacinação. Algumas foram realizadas e a mãe a trouxe em uma das consultas previstas que já estavam atrasadas.

Neste acolhimento, é notável a preocupação da agente de saúde de compreender as necessidades e tentar viabilizar com a maior rapidez possível, recursos para sanar as necessidades e dificuldades. Com linguagem simples e paciência, pode-se compreender um pouco do contexto familiar e apesar das dificuldades e resistências culturais que surgiram (como comparecer a todas as consultas), alguns encaminhamentos puderam ser realizados imediatamente a partir da visita. Notório a vinculação e “facilidade” (grifo meu) que as ACS’s têm de manejar as situações e buscar resolutividade dentro dos recursos que estão disponíveis, algo que, na prática cotidiana, não é tão delineado ou compreendido numa perspectiva integral e longitudinal.

Entrevista com haitianos realizada em julho 2022

Em julho, tivemos a oportunidade de receber na unidade, dois imigrantes que já residem no país há mais de 6 anos. Com o intuito de subsidiar o projeto de gerenciamento, conduzimos perguntas acerca dos serviços de saúde, trabalho, qualidade de vida, dentre mais temáticas que foram surgindo ao longo das discussões. A escuta se fez importante, pois trouxe a perspectiva externa sobre os atendimentos realizados nas unidades de saúde, ambos não eram referenciados na ESF dos profissionais, mas elogiaram a qualidade dos atendimentos, facilidade de acesso, destacaram a importância da gratuidade e acolhimento.

Também nos contaram aspectos culturais e alguns impedimentos que encontram no país de origem, como custo alto de acesso a serviço de saúde, sendo gratuito apenas para crianças e gestantes, e todos os outros, apenas de forma privada. Também a dificuldade de acesso a educação gratuita e por consequência, dificuldades em relação a oportunidades de serviço. A entrevistada conta que já havia concluído uma graduação em enfermagem, porém no Brasil, seu diploma não era válido, então optou por realizar um técnico de enfermagem para voltar a atuar, hoje trabalha no HCR, hospital alocado na cidade.

03/08/2022 – Relato de atendimento médico com participação da dentista

Y.R chega na ESF acompanhada do marido e da filha R. de pouco mais de 6 meses. A paciente é haitiana e reside no Brasil desde 2019. Trabalha em uma granja em Nova Araçá e o marido, em Marau. Y.R não consegue comunicar-se sem o auxílio

de seu companheiro, que já tem um domínio um pouco maior da língua portuguesa, mas também apresenta dificuldades, se fazendo compreender através de expressões chaves e curtas. *“Sente dor garganta” “Trabalho passou mal”* A mulher, apenas sinaliza com seu gestual e com expressões faciais, que sente dor de garganta e desconforto, e pede, aparentemente com poucas palavras, que o marido traduza a médica. A médica se faz atenciosa e solícita para tentar compreender... Por vezes, são palavras soltas que fazem com que eu não compreenda o contexto do que está sendo dito, mas a médica segue sua condução, avaliando as condições de saúde atual da usuária. Quando questionado a respeito dos exames anteriores que foram solicitados pela médica, o marido de Y.R relata que não conseguiu sair do seu trabalho para poder acompanhá-la. *“Meus horários, não consegui sair do trabalho pra levar ela.”*

A médica também questiona a saúde do bebê e de suas consultas, ao longo da conversa, repara que as vacinas estão bastante atrasadas. Porém, eles não conseguem explicar o motivo pelo qual ainda não fizeram. Ao longo do atendimento, a profissional ao avaliar a paciente, visualiza questões relacionadas à dentição, chama a dentista, que prontamente a ajuda a avaliar, marca exames, entrega medicação e solicita que Y.R retorne no próximo dia para iniciar os procedimentos necessários. No fim do atendimento, eles saem com atestado, solicitação de exames, medicamentos prescritos para início de tratamento e consultas a marcar para o bebê. Saem com muitas informações para assimilar, porém advindas de demandas “atrasadas”. Nesse contexto, podemos considerar a dependência que Y.R tem, para poder expressar seus desejos e as implicações que surgem disso, podendo prejudicar o acompanhamento de tratamentos e também do vínculo com a instituição e paciente.

15/08/2022 Coleta de testes rápidos com usuária haitiana

Juntamente com a enfermeira chefe, realizei o acolhimento de uma mulher de 29 anos, residente em Marau há 3 anos. Foi um atendimento breve, onde a enfermeira deu orientações sobre os testes que seriam realizados, o método de procedimento e a entrega do resultado. Houve breve confusão de testagem onde a usuária colocou *“Mas teste de covid já fiz”*, apresentando mais uma vez, certa dificuldade de compreensão. A profissional, calmamente e de forma pontual, orientou mais eram os procedimentos.

16/08/2022 Acompanhamento de atendimento médico com usuária

Realizo acompanhamento de usuária venezuelana, 34 anos, residente em marau desde 2019. Tem dois filhos, esposo e seu histórico prévio foi de algumas cirurgias plásticas. Sua queixa é de que há 4 meses está com secreção e odor fétido, realizou tratamento em abril, mas não obteve melhora. A sua fala é de difícil compreensão, porém a médica calmamente questiona seu histórico, exames, condutas já seguidas anteriormente. Realiza exames físicos, onde se percebe um desconforto na apalpação, o qual foi sinalizado com as mãos e expressões faciais. Foi solicitado novos exames, agendamento de citopatológico e exames laboratoriais de rotina que estavam atrasados. Nesta condução, não houveram tantas dificuldades de comunicação no seguimento da consulta, porém algumas informações importantes a respeito do tratamento, a usuária não soube relatar. Fica o questionamento, se houve a compreensão em outros espaços, ou se apenas, naquele momento, não lembrou para dizer.

REFERÊNCIAS:

DE OLIVEIRA, Rita de Cássia Magalhães. (ENTRE) LINHAS DE UMA PESQUISA: o Diário de Campo como dispositivo de (in) formação na/da abordagem (Auto) biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, v. 2, n. 4, p. 69-87, 2014.

DOS SANTOS, Fernanda Marsaro. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. 2012.

Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde Soc* 2013; 22:351-64.

ALMEIDA, Gyslaine Ferreira; SOUZA, Mônica Teresa Costa. A proteção interna do imigrante ilegal: garantia e efetividade dos direitos humanos no Brasil. *Publica Direito*, 2008. (acessado em abril de 2022

MARIA EDUARDA DE SOUZA

CAPÍTULO QUATRO - ARTIGO FINAL:

**A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO
BÁSICA NO ACOLHIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES**

IV Capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

PASSO FUNDO, RS

2022

A EXPERIÊNCIA DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO ACOLHIMENTO DE MULHERES IMIGRANTES

Maria Eduarda de Souza¹

Ms. Sandra Mara Setti²

Prof. Dra. Priscila Pavan Detoni³

Resumo: A utilização dos serviços de saúde pelas populações imigrantes é um fator importante quando abordamos a universalidade, integralidade e equidade no território, sendo esses, princípios do SUS. Este estudo analisou a percepção das/os trabalhadoras/es de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o acolhimento das mulheres imigrantes realizados na unidade de saúde. Os dados foram coletados entre os meses de abril e novembro de 2022, por meio de um encontro de educação permanente semidirigido e diários de campo escritos à partir da observação de 10 acolhimentos profissionais com mulheres imigrantes. Como método, foi utilizada a análise de conteúdo de Laurence Bardin, que orientou as reflexões analíticas dos dados coletados. As experiências das/os trabalhadoras/es da ESF sobre os acolhimentos de mulheres imigrantes foram discutidos em três dimensões: a compreensão de acolhimento, as barreiras encontradas pelos profissionais no acolhimento das mulheres imigrantes e a percepção e os desafios sobre o próprio trabalho executado na ESF com essa população. Os principais resultados sugerem as lacunas de comunicação entre os profissionais e as usuárias imigrantes, assim como, fragilidades e frustrações com o desempenho do trabalho exercido. Em consideração aos aspectos levantados, entende-se a importância da formação dos profissionais da saúde, a sensibilização da temática na unidade e na comunidade e o fomento de espaços de educação permanente para acolher de forma mais assertiva as demandas e realidades que surgem com o processo migratório nos territórios. Nestes contextos, os profissionais de saúde da atenção básica tem um papel fundamental, uma vez que são os responsáveis pela propagação de informações que auxiliem e produzem promoção e prevenção da saúde, contemplando as singularidades que pertencem a sua área de abrangência.

Palavras-chave: mulheres imigrantes; saúde; acolhimento; mapeamento; formação

profissional.

¹ Psicóloga, Residente em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Passo Fundo/RS. Campo de prática profissional da residência: Estratégia Saúde da Família do município de Marau/RS. Contato: duda.souza.g@gmail.com

² Psicóloga, Mestre em Psicologia – Avaliação, Saúde e Intervenção, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UFFS-Campus Passo Fundo, Psicóloga Prefeitura Municipal de Marau, Contato: sandrasetti_@hotmail.com

³.Psicóloga, Doutora em Psicologia Social e Institucional. Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UFFS-Campus Passo Fundo. Contato: priscila.detoni@uffs.edu.br

THE EXPERIENCE OF PRIMARY CARE HEALTH WORKERS IN WELCOMING IMMIGRANT WOMEN

Resume: The use of health services by immigrant populations is an important factor when we approach universality, completeness and equity in the territory, these being the principles of the SUS. This study analyzed the perception of the workers of a Family Health Strategy (ESF) about the reception of immigrant women carried out at the health unit. Data were collected between April and November 2022, through a semi-directed permanent education meeting and field diaries written from the observation of 10 professional receptions with immigrant women. As a method, Laurence Bardin's content analysis was used, which guided the analytical reflections of the collected data. The experiences of ESF workers regarding the reception of immigrant women were discussed in three dimensions: the understanding of reception, the barriers encountered by professionals in the reception of immigrant women and the perception and challenges of the work performed in the ESF with this population. The main results suggest communication gaps between professionals and immigrant users, as well as weaknesses and frustrations with the performance of the work performed. In consideration of the aspects raised, it is understood the importance of the training of health professionals, the awareness of the theme in the unit and in the community and the promotion of spaces of permanent education to welcome in a more assertive way the demands and realities that arise with the process migration in the territories. In these contexts, primary care health professionals play a fundamental role, since they are responsible for disseminating information that helps and produces health promotion and prevention, contemplating the singularities that belong to their area of coverage.

Keywords: immigrant women; health; reception; mapping; professional qualification

LA EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ACOGIDA DE MUJERES INMIGRANTES

Resumen: La utilización de los servicios de salud por parte de las poblaciones inmigrantes es un factor importante cuando abordamos la universalidad, la integralidad y la equidad en el territorio, siendo estos los principios del SUS. Este estudio analizó la percepción de los trabajadores de una Estrategia de Salud de la Familia (ESF) sobre la acogida de mujeres inmigrantes realizada en la unidad de salud. Los datos fueron recolectados a través de una reunión de educación permanente semidirigida y diarios de campo. Se analizaron utilizando el método de análisis de contenido de Laurence Bardin. Las experiencias de los trabajadores de la ESF en relación a la acogida de mujeres inmigrantes fueron discutidas en tres dimensiones: la comprensión de la acogida, las barreras encontradas por los profesionales en la acogida de mujeres inmigrantes y la percepción y desafíos en relación al trabajo realizado en la ESF con esa población. Los principales resultados sugieren lagunas de comunicación entre profesionales y usuarios inmigrantes y debilidades y frustraciones con el desempeño del trabajo realizado. En consideración a los aspectos planteados, se comprende la importancia de la formación de los profesionales de la salud para aceptar más correctamente las demandas y realidades que se presentan con el proceso migratorio en los territorios. En estos contextos, los profesionales de salud de atención primaria juegan un papel fundamental, ya que también son responsables de difundir información que ayude y produzca promoción y prevención de la salud, contemplando las singularidades que pertenecen a su área de cobertura.

Palabras clave: mujeres inmigrantes; salud; recepción; cartografía; formación profesional

INTRODUÇÃO:

O fluxo migratório feminino no Brasil é um movimento que impacta o território em seus diversos contextos. As mulheres vem em busca de trabalho, melhores condições de vida para a família, acompanham seus familiares, migram com intenção de tecer oportunidades e conseqüentemente, suas demandas surgem no âmbito da saúde no país. Os dados divulgados pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, mostram que entre dezembro de 2020 à dezembro de 2021, ocorreu um aumento significativo do número registrado de mulheres chegando a 2.700 no Brasil (CAVALCANTI, L. Et al. 2022). Essa situação evidencia que, a atenção a saúde dessa população faz-se importante para o território como um todo.

O acolhimento e atendimento de imigrantes no Sistema Único de Saúde (SUS) é respaldado por diversas normativas, entre elas o Art. 196 da Constituição Federal que garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, visando redução do risco de doenças e outros agravos (BRASIL,1988). Inclui o princípio de universalidade, também preconizado na Lei 8.080/90, que garante o acesso gratuito à todas as pessoas presentes em território nacional, mesmo aquelas sem documento de identificação. (BRASIL, 1988)

Além da universalidade e da integralidade, também é assegurado o princípio da equidade, que busca reconhecer as diferenças nas condições de vida e diminuir as desigualdades, considerando que as pessoas tem necessidades distintas e deve-se atender à essa diversidade. (BRASIL, 1990) Entretanto, mesmo com esses princípios preconizados na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS, alguns fatores ainda dificultam o acesso, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado proposta nos serviços de saúde. Dentre os fatores que dificultam estão questões relacionadas à desigualdade social, as dificuldades em relação à cultura e comunicação e o despreparo dos trabalhadores frente às demandas, questões cada vez mais frequentes em meio aos novos fluxos no Brasil. (SANTOS, MEDEIROS, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve como prioridade ao acesso de saúde aos imigrantes, determinantes como moradia, alimentação, saneamento básico, acesso as informações de saúde, bem como, combate às desigualdades sociais, vulnerabilidades e discriminações. (GRANADA et. al, 2017). Contudo, o comportamento dos profissionais da saúde, tem sido apontado como um fator determinante para adesão ou não dos serviços de saúde pelas comunidades imigrantes.

Os estudos apresentam um conhecimento limitado da legislação e sua aplicabilidade por parte dos profissionais, o que, de forma recorrente, faz com que assumam uma postura baseada em estereótipos sociais não respondendo as demandas dos usuários (Dias e col., 2009 apud Topa, J; Neves, S. 2013) Portanto, a forma de acolher as usuárias imigrantes é um dos desafios fundamentais a serem transformados na prática diária de trabalho, pois também exige a disponibilidade dos profissionais de reconhecimento e aprimoramento.

No território da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de atuação da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, percebe-se um grande número de mulheres imigrantes que buscam a ESF para atendimento, tratamento e acompanhamento de doenças crônicas, doenças agudas (havendo mais dificuldade para identificação das mesmas, em função da comunicação limitada pelo idioma) e gestações que frequentemente são descobertas na própria unidade de saúde. Além da dificuldade de comunicação enfrentada pelos profissionais da saúde no acolhimento, também há dificuldades quanto a adesão ou criação de micropolíticas de promoção e prevenção à saúde das diferenciações culturais. O conhecimento em torno da qualidade e da eficácia do acesso das imigrantes aos cuidados de saúde, especialmente no que respeita às mulheres imigrantes, é ainda escasso no Brasil. (Topa, J.; Neves, S. 2013)

Após considerar estes aspectos apontados, entende-se a necessidade de dimensionar qual a compreensão dos trabalhadores da saúde atualmente, sobre os acolhimentos realizados e qualificar esse trabalho realizado com as mulheres imigrantes junto ao serviço de saúde, com o objetivo de garantir a universalidade, equidade e a integralidade da atenção através da funcionalidade da rede de forma eficaz. Além disso, possibilitar espaços de acolhimento e de pertencimento da usuária imigrante ao seu direito de acesso à saúde integral e prevenindo maiores dificuldades de acesso e cuidado a esta população.

METODOLOGIA

Esse estudo utilizou a abordagem qualitativa de caráter exploratório, do tipo pesquisa-ação, para compreender as experiências dos profissionais da saúde nos atendimentos as mulheres imigrantes em uma ESF. Existe o desafio de obter interpretações plausíveis das narrações e a pesquisa qualitativa busca, justamente, abarcar a aceitação do pluralismo dos relatos, pois o conhecimento destes, é parte integrante das produções socioculturais.(DE SOUSA, 2020)

A pesquisa foi realizada na unidade de saúde de um município de pequeno porte,

localizado ao norte do Rio Grande do Sul, que tem um número expressivo de mulheres imigrantes em sua área de abrangência, (grande número, sendo venezuelanas e haitianas) onde, por meio de acompanhamento de acolhimentos de saúde e de educação permanente, a pesquisadora e participantes de forma conjunta e colaborativa, construíram um espaço de reflexão e formação. Participaram de ambos os momentos, profissionais da área da medicina, enfermagem, farmácia, psicologia e agentes comunitárias de saúde.

A coleta de dados ocorreu de abril a novembro de 2022 na ESF em que os profissionais desempenhavam suas atividades, participaram as pessoas que estavam trabalhando durante o período, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Utilizaram-se dois instrumentos para a coleta de dados, escolhidos e elaborados para esta pesquisa:

1. Diário de campo – Instrumento desenvolvido com o objetivo de registrar as observações da pesquisadora das interações, atividades e movimentos de acolhimento durante todo o processo da coleta de dados, desde apresentação da pesquisa até a finalização da educação permanente. Pode-se dizer que o diário de campo se configura como um dispositivo de registro das temporalidades dos acontecimentos que surgem ao longo da pesquisa, e é capaz de potencializar a compreensão dos movimentos e das diversas culturas inscritas no cotidiano. (DE OLIVEIRA, 2014). Os diários de campo foram digitados e sistematizados pela pesquisadora, no programa Word da Microsoft, de forma sigilosa e identificando os profissionais através de numerações codificadas.
2. Educação permanente com condução semi-estruturada – Espaço escolhido para proporcionar o compartilhamento das percepções dos trabalhadores sobre suas experiências vividas no atendimento com as mulheres imigrantes; também com o intuito de sensibilizar e suscitar a temática, para reflexão e fortalecimento das ações em saúde no território. A EP se propõe a uma aprendizagem voltada para o trabalho e compreende que o trabalhador sofre interferências e também influencia esses processos produtivos, seja por interesses pessoais ou para atender necessidades de saúde. O trabalhador não é externo ao trabalho, é parte constitutiva dele. (CARVALHO et. al, 2019)

A condução contou com seis perguntas abertas para início e discussão das experiências – essas - formuladas para compreender as auto-percepções sobre os acolhimentos realizados até o momento da pesquisa, questionando as experiências de

potencialidades, dificuldades, as formações de atendimento e quais eram os sentimentos enfrentados em relação ao próprio trabalho. O grupo totalizou 12 participantes e o registro aconteceu através de gravação de áudio que foi apagado após a transcrição do material, este por questões de ética e sigilo, com acesso apenas da pesquisadora.

A análise e interpretação dos dados foi realizada baseada no Método de Análise de Conteúdo proposto por BARDIN (2011), seguindo as três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos achados. Assim, foram feitas as transcrições das gravações realizadas, leituras do material, codificação e separação em categorias e subcategorias, que posteriormente, foram discutidas com a equipe de pesquisa e organizadas em três grandes dimensões.

Essa pesquisa intervenção de Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) está vinculado ao subprojeto de pesquisa “Saúde da Mulher na Atenção Básica no planalto riograndense”. Se insere em um projeto guarda-chuva que contempla o estudo da saúde da mulher na região de abrangência da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) no Sul do Brasil, com um grupo de pesquisadoras vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Saúde, Mulher e Gênero (GEPISMUG), entre os campi de Chapecó e Passo Fundo. Passou pelos critérios avaliativos e foi aprovada com o número de parecer: 55494321.4.0000.5564, submetido em 24/03/2022. Foi desenvolvida de acordo com as Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios éticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da Análise de Conteúdo foram organizadas três principais categorias, sendo a primeira, a compreensão do profissional no acolhimento, que traz as reflexões e algumas limitações acerca da abrangência desta tecnologia na ESF. Surge uma necessidade de ampliar o entendimento de cuidado e a caracterização do que é o acolhimento.

A segunda categoria, aborda as experiências prévias dos profissionais e contempla as dificuldades que enfrentam em relação a linguagem e as diferenças culturais. Estas, em suas percepções, se configuram como barreiras para que o acolhimento aconteça de forma mais efetiva e eficaz.

Como terceira categoria, aparecem as percepções do próprio trabalho com as mulheres imigrantes e os desafios da formação profissional, onde retratam-se expressões de despreparo e impotência. Ao final da categoria, são pensadas estratégias para viabilizar

um trabalho de maior qualidade tanto para a equipe quanto para a usuária imigrante.

Compreensão dos profissionais da saúde sobre acolhimento às mulheres imigrantes

O acolhimento é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2013) que se sintetiza como o ato de reconhecer a necessidade do outro, de forma legítima e singular. Através da interface entre os processos de trabalho e a necessidade de compreensão da demanda das usuárias, o acolhimento é uma postura ética, uma resposta às necessidades do cidadão e uma ferramenta para lhe conferir maior resolutividade, autonomia sobre o processo de saúde-doença e diálogo na tríade serviço-trabalhador-usuário. (FALK, et al., 2010)

Percebeu-se ao longo da construção do projeto, a dificuldade de obter dados relacionados a saúde dos imigrantes (consequentemente da mulher imigrante) no território de atuação em questão e nos dados de saúde do município como um todo. Essas mulheres imigrantes também se amparam legalmente à partir dos princípios do SUS, que visa garantia da universalidade, integralidade e equidade.

Atualmente, a unidade de saúde em estudo, tem cadastradas mais de 160 mulheres imigrantes, sendo elas, em sua maior parte, de origem haitiana e venezuelana com faixa etária entre 16 à 82 anos, escolaridade variável e neste cenário, se visualiza um registro expressivo de entrada no Brasil a partir do ano de 2019, tendo-se analisado os dados à partir do ano de 2010. As informações foram coletados em setembro de 2022, através do Sistema de Informação de Saúde G-MUS, utilizado pelo município para cadastramento e controle de acesso aos serviços de saúde.

Durante as observações, houve a necessidade de olhar de forma especial para os trabalhadores que estão inseridos diretamente na atuação e pensar que formas de apoio podem ser ofertadas a uma equipe de saúde que trabalha cotidianamente com populações imigrantes. (Delamuta, et. al 2020.)

No acompanhamento dos acolhimentos realizados em quase todos os âmbitos profissionais ofertados na unidade, ou seja, os da farmácia, enfermagem, odontologia, é notório que mesmo com a prática profissional, existe uma dificuldade de compreensão a respeito da temática acolhimento e sua amplitude no que compete a Atenção Básica. Para Merhy et. al. (2006) a humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado.

Uma participante da pesquisa diz que *“não sei se chega a ser um acolhimento ou só uma*

orientação o que a gente faz, mas as mulheres parecem ter mais dificuldade quando passamos alguma informação em visita.” (P05). O acolhimento para ser realizado, não precisa de um profissional específico, nem lugar e hora para que seja feito. (SAES; RAYS; GATTI, 2011). Outro participante pontua:

“Não considero acolhimento, mas na medicação a gente sente muita dificuldade de explicar, geralmente a gente explica pro companheiro, mas é angustiante. Tiveram situações específicas onde a gente explicou e depois retornou com o marido para podermos explicar de novo” (P03)

O acolhimento é uma compreensão integral do sujeito, que respeita e contempla suas diferenças para compor seu cuidado em saúde. Pode-se dizer que é através da humanização do acolhimento, que existe a apropriação do usuário do serviço de saúde ofertado. Ele é um cuidado transmitido menos no discurso sobre ele mesmo do que nas práticas propriamente ditas (BRASIL, 2011; LOPES, 2014). Em geral, os profissionais de saúde confundem o procedimento de triagem com o acolhimento. No caso específico desta pesquisa, pode-se perceber que os profissionais tem uma compreensão de que acolher é reconhecer a necessidade de cada usuária que ali chega com suas singularidades e especificidades, mas enfrenta as dificuldades no manejo de dar resposta às diferenciações e complexidades das questões que esta população apresenta.

Linguagem e cultura como barreiras

Durante o acompanhamento dos profissionais nos acolhimentos das mulheres migrantes, foi possível identificar que, em suas percepções, o que mais se destaca nos acolhimentos são as barreiras da linguagem. A equipe de saúde compartilha expressiva dificuldade na compreensão e troca de informações com a usuária imigrante, principalmente com a mulher haitiana, pela diferenciação do idioma e da cultura. Conforme afirmado por Laiara (2002), a comunicação já é um processo cultural e quando há domínio da linguagem, é possível transmitir o conhecimento e acumular os saberes. Ele define que “a linguagem humana é um produto da cultura, mas não existiria cultura se o homem não tivesse a possibilidade de desenvolver um sistema articulado de comunicação oral”. Abaixo pode-se visualizar recortes da temática abordada pelos profissionais:

“Muitas chegam sem nenhuma palavra, mas é necessário adaptar, um grande desafio pra todo mundo” (P03)

“Até os medicamentos, às vezes, são diferentes porque lá indicam coisas que aqui não se pode tomar, então até explicar, a gente fica sem saber o que fazer”. (P08)

Nota-se no primeiro recorte de fala, a barreira do profissional em validar a palavra estrangeira, por sua própria limitação de compreensão da língua. O não domínio da língua do país receptor está inclusivamente sinalizado como um dos maiores entraves ao acesso aos cuidados de saúde desmotivando as mulheres imigrantes a solicitar apoio em caso de doença ou gravidez (Ponce e col., 2006 apud Topa e col. 2014)

Para que os diálogos aconteçam e o atendimento ocorra com maior qualidade e efetividade, existe na prática da unidade, o uso de recursos improvisados durante o atendimento, como aplicativos de tradução, mímicas, traduções de procedimentos e instruções de acesso aos serviços de saúde que são impressas e geralmente, levadas até a casa do usuário quando realizadas visitas domiciliares. Em uma observação, durante um atendimento na ESF, nos primeiros minutos, já é identificado pelo profissional a dificuldade de compreender a queixa que a usuária tenta expressar. É quando a profissional solicita: *“Você me entende ou quer que eu use o tradutor?”* A usuária diz que entende um pouco, mas que poderia utilizar a ferramenta.

A dentista faz perguntas curtas e traduz para que a usuária entenda e responda ou verbalmente ou pelo uso do aplicativo”. De acordo com o relato do profissional, o atendimento acaba sendo mais “mecânico pra tentar ser resolutivo” (P03). Nesse sentido, um estudo aponta que o acesso aos serviços de saúde na atenção primária se dão mais por questões de adaptação da população imigrante do que pela capacidade de acolhimento e compreensão dos profissionais (Delamuta et. al., 2020).

Por vezes, os profissionais associam a capacidade de compreensão da usuária imigrante à aceitabilidade das informações ou condutas prescritas. Sinalizam que a mulher imigrante surge com mais dificuldades de compreensão e vinculação do que o homem imigrante, e que comparecem aos atendimentos habitualmente acompanhadas de um par masculino para realizar a tradução. Os profissionais associam isso também às questões culturais dos países de origem, abordando nas discussões, as diferenças que surgem em relação ao cuidado. Em pesquisa, Alencar (2009) pontua que pode ocorrer modificações na posição da mulher em relação ao homem, após a migração, dependendo das diferenças e do contextual cultural que saíram e do país que chegam.

Ainda com relação às questões culturais, alguns profissionais acreditam existir diferenciações comportamentais, como o fato de as mulheres haitianas não participam ativamente dos processos de saúde. “É interessante que até nas visitas domiciliares, quando

chegamos a mulher haitiana se retira do lugar e quem fica conversando mais é o homem. Acho que até por costume deles lá, que o homem fale mais” (P07). Sobre essa população, Amorin (2019) afirma que a mulher costuma ficar em situação de dependência do esposo e tem sua liberdade fragilizada, portanto, os espaços sociais ficam demarcados por uma relação de poder.

As percepções do próprio trabalho e os desafios do seu fortalecimento

Com a intenção de realizar um espaço de acolhimento para os profissionais sobre às práticas realizadas na ESF, a condução da Educação Permanente com a equipe, para além de provocar a reflexão sobre novas organizações de serviço, também foi direcionada às experiências, as percepções e sentimentos vivenciados ao longo dos acolhimentos às mulheres imigrantes. Sobre a Educação Permanente em Equipe:

A EP constitutiva de aprendizado no trabalho e nos modos de existir no mundo nos convida a olhar diferente, para além do que está estabelecido, mesmo na repetição dos atos em saúde. É a partir da observação, dos desejos e das afecções dos encontros que a Educação Permanente acontece. (CARVALHO, et. al. 2019)

Com a fala em grupo e a interação multidisciplinar, foi possível identificar as dificuldades enfrentadas pelos diversos núcleos de atenção, encontrando similaridades e oposições. Nas narrativas, surgiu com frequência sentimentos de frustração, impotência e despreparo.

“Fica um sentimento de impotência por não conseguir compreender totalmente o que eles precisam e não se faz entender também. (...) Fazemos o que a gente acha que deve ser feito, a gente institui o que deve ser seguido porque não sabe como fazer. Mas não quer dizer que é o certo.” (T09)

“(...) me senti totalmente despreparada, acho que os profissionais acabam também excluindo esse público, por não conseguir fazer o atendimento psicológico, frustrante” (P01)

“A gente nunca teve nada sobre isso, acho que só uma cartilha que nem usa. Mas não tem curso, nem nada. Os constrangimentos que a gente passa também, por dar informações pra filhos traduzirem sobre preventivo ou falar sobre saúde da mulher primeiro pro homem.” (P03)

À partir desses recortes das falas, é possível identificar como a percepção e o sentimento em relação ao trabalho, aparecem associadas a falta de recursos e ferramentas que auxiliam no processo de cuidado da usuária imigrante, sejam eles recursos internos de compreensão da alteridade da usuária, como dispositivos de manutenção de cuidado. Conforme Granada e Detoni (2017) relembra Knobloch (2015), compartilhamos o desafio de uma formação de

trabalhadores no atendimento à saúde física e mental dos migrantes para dar suporte a um encontro que compreenda a representação da saúde e da doença no contexto de origem e as especificidades atuais de vida dessas pessoas sem produzir maior preconceito às condições já vulneráveis de imigrante.

É importante ressaltar que apesar das dificuldades, a equipe demonstra-se disponível em realizar o atendimento com a mesma implicação com que desempenha os acolhimentos e oferta os serviços da saúde para o restante da população. Em discussão na educação permanente, surge a importância da mediação realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) com as mulheres imigrantes e a unidade da ESF, impactando positivamente no atendimento de outros núcleos.

A busca ativa e as visitas domiciliares, feitas em grande parte pelas ACS, aparecem como as ferramentas de cuidado de maior resolutividade para a demanda de vínculo com as usuárias e adesão as intervenções propostas pela equipe de saúde. Granada e Detoni (2017) corroboram com essa informação ao destacar a importância das ACS no monitoramento da população, sendo mais que um elo entre a comunidade e a ESF, também, informantes fundamentais das mudanças que ocorrem no território

Ao final do espaço de educação permanente, foi compartilhado pela pesquisadora um compilado de materiais que são utilizados como ferramentas nas unidades de saúde de outros estados, como cartazes traduzidos de vacinação e fluxo de atendimento da rede de saúde. Apesar das tentativas de adaptações já criadas e citadas acima, também surge nesse momento, uma ambiguidade em relação a adesão à novas práticas de cuidado. Ao mesmo passo que houveram profissionais que elucidaram ideias de tradução de cartilhas explicativas da própria ESF com temáticas como dicas para o puerpério, outros profissionais manifestaram que cartilhas e informativos *“não funcionam, é melhor usar um tradutor.”* (P06)

Ainda que já existam alguns decretos públicos voltados à população imigrante em municípios e no Estado, como o Decreto nº 49.729, de 2012, que instaura o Comitê Gaúcho de Atenção para Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas de Tráfico de Pessoas (COMIRAT) e o Decreto Nº 18.815 de 2014, que institui o Comitê Municipal de Atenção aos Imigrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas, são incipientes frente as demandas multifatoriais que surgem no contexto da saúde.

Faz-se necessário que as ações de fomento ao cuidado da imigrante sejam construídas tanto nos espaços macropolíticos, como se desenvolvam micropolíticas de cuidado nas unidades de saúde, Feuerwerker, (2014) já pontua: *“Toda a produção dos homens no mundo é política. E toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica, fabricada por ambas as*

segmentaridades entrelaçadas.” Além do acolhimento, a educação popular em saúde também se coloca como um modo de conduzir os processos educativos e de cuidado em saúde voltada para promoção, a proteção e a recuperação da saúde a partir do diálogo entre a diversidade, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a produção de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (DE SOUSA, 2018).

Houvera resultados positivos, já na pronta idealização de uma cartilha informativa sobre o puerpério, entregue para as gestantes imigrantes na primeira consulta após o parto. Ademais, é fundamental convidar as mulheres imigrantes para ocupar os espaços de participação e controle social, no intuito de compreender e contribuir na construção de novas vias de cuidado. A inserção do controle social reserva-se justamente aos grupos populacionais que antes não tinham acesso às decisões governamentais, para que de fato as conheçam, saibam por que foram adotadas e as reorientem a partir do reconhecimento de quais são os problemas que devam prioritariamente ser enfrentados pela via pública.

Além disso, viabilizar juntamente com a equipe de saúde, a continuidade de momentos de educação permanente em saúde centradas em uma prática humanizada e contemplativa as pluralidades que surgem no território, este que por ser vivo, modifica-se todo o tempo. Essas são algumas das estratégias de fortalecimento da promoção da equidade no acolhimento e cuidado à saúde das mulheres imigrantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs dialogar com as/os trabalhadoras/es de uma ESF sobre o acolhimento da mulher imigrante na ESF e identificar a percepção destes, sobre o trabalho exercido. Os principais resultados sugerem que existe fragilidades do serviço que abarcam tanto o trabalho profissional, como o atendimento da mulher imigrante. Há presente a necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais, com questões acerca do acolhimento, imigração, contextos culturais, assim como, diálogos e espaços que permitam a usuária imigrante, fazer parte da construção de novas perspectivas de cuidado.

O diálogo proposto na educação permanente desta pesquisa, buscou compreender o entendimento de acolhimento para os profissionais da ESF, bem como suscitar reflexões sobre a prática desenvolvida com as mulheres imigrantes do território. A pesquisa teve foco nas/os trabalhadoras/es, por compreender que são elas/es a referência de cuidado e vínculo em saúde junto aos territórios, e por ser através do trabalho e do olhar das/os trabalhadoras/es que se amplia as possibilidades de produzir uma gestão em saúde

participativa e o direito à saúde.

Foi trilhado um percurso reflexivo através das observações e do espaço de educação permanente com o intuito de suscitar questionamentos na equipe em relação ao esforço e as boas práticas já realizadas, bem como, as potencialidades das ferramentas e tecnologias leves disponíveis para aprimorar e facilitar o trabalho com as usuárias imigrantes, como a construção de educações populares em saúde, a busca por materiais educativos, o reconhecimento das diferenças culturais não somente como barreira de cuidado, e sim como parte subjetiva da mulher imigrante..

A formação profissional se faz fundamental para a aptidão no trabalho em equipe, por meio do reconhecimento e respeito as especificidades de cada profissão, mas buscando a integralidade do cuidado em saúde, aprimorando conhecimentos, comportamentos, habilidades pra ter uma prática colaborativa e fortalecendo os princípios do SUS. (Rossit, 2018)

É de suma importância compreender que não basta apenas que o serviço de saúde esteja disponível à população imigrante, é preciso que esse seja acessível, o que implica reavaliar as práticas da política pública de saúde. Com tudo não se pretende encerrar a temática. Entre as limitações do estudo, o tempo para maiores ações interventivas com a equipe mostrou-se escasso visto cronograma da coleta de dados e a agenda dos profissionais da ESF. Fica em aberto a possibilidade da continuidade do estudo com a utilização dos materiais norteadores já apresentados para a equipe, bem como, a participação direta das mulheres imigrantes no processo de avaliar e pensar o cuidado.

Estudos futuros podem contemplar abordagens de diferentes pontos da rede de saúde relacionadas ao acolhimento da população imigrante no município e possibilidades de intervenções terapêuticas. Além disso é necessário compreender a profundidade e implicações do acolhimento, tema importante que não se esgota e ficam interfaces abertas para seguimentos.

Referências

ALENCAR-RODRIGUES, Roberta de; STREY, Marlene Neves; ESPINOSA, Leonor Cantera. Marcas do gênero nas migrações internacionais das mulheres. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, p. 421-430, 2009.

AMORIM DE ARAÚJO, Krisley; PINHO DE ALMEIDA, Luciane. Discutindo gênero e cultura: um estudo sobre mulheres haitianas em Campo Grande-MS, Brasil. **Trayectorias Humanas Trascontinentales**, n. 6, 2019.

BARDIN, Laurence. São Paulo: Edições 70

Brasil. Constituição Federal. Em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Obtido em 23/10/2022.

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Obtido em 05/10/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 22/10/2022

CARVALHO, Monica Sampaio de; MERHY, Emerson Elias; SOUSA, Maria Fátima de. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. Relatório Anual OBMigra 2022. 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, 2022.

DE OLIVEIRA, Rita de Cássia Magalhães. (Entre) linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de (in) formação na/da abordagem (Auto) biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, v. 2, n. 4, p. 69-87, 2014.

DE SOUSA MOURA, Renê. RODA DE CONVERSA: EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E POPULARES DE CUIDADO. In: 13º Congresso Internacional Rede Unida. 2018.

Decreto nº 18.815, de 10 de outubro de 2014. (2014). Institui o Comitê Municipal de Atenção aos Imigrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do tráfico de pessoas no município de Porto Alegre.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues, et. al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Juiz de Fora: Revista APS, v.13, n.1, p.4-9, 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350/291>>. Acesso em: 03 nov. 2022

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GRANADA, Daniel; DETONI, Priscila Pavan. Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no sul do Brasil. *Temáticas*, v. 25, n. 49, p. 115-138, 2017.

KNOBLOCH, Felicia. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*, v. 26, p. 169-174, 2015.

LARAIA, Roque de Barros. (2002). *Cultura, um conceito antropológico* Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor Ltda. 2002.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Brasília: Humaniza SUS, 2013. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pn_h_folheto.pdf>. Acesso em: 02 nov.2022

SAES, S; RAYS, J; GATTI, M. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. 30 ed. Revista Salusvita. Bauru: Editora

SANTOS, Heloísa; MEDEIROS, André. Migração e acesso aos serviços de saúde: A necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos, 2017. Disponível em <http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf>. Acesso em: 29 de nov. de 2022.

ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador et al. Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1399-1410, 201