



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

JÚLIA DE SOUZA LOPES

**O acolhimento a imigrantes na perspectiva de agentes comunitárias de saúde em
Florianópolis.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucienne Martins Borges

FLORIANÓPOLIS, SC

2021

JÚLIA DE SOUZA LOPES

O acolhimento a imigrantes na perspectiva de agentes comunitárias de saúde em Florianópolis.

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucienne Martins Borges.

FLORIANÓPOLIS, SC

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza Lopes, Júlia de

O acolhimento a imigrantes na perspectiva de agentes
comunitárias de saúde em Florianópolis. / Júlia de Souza
Lopes ; orientador, Lucienne Martins Borges, 2021.
129 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Agente comunitário de saúde. 3.
Acolhimento. 4. Imigração. 5. SUS. I. Martins Borges,
Lucienne. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Júlia de Souza Lopes

O acolhimento a imigrantes na perspectiva de agentes comunitárias de saúde em Florianópolis.

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Dr.(a) Lucienne Martins Borges
(PPGP - UFSC – Orientadora)

Prof.(a) Dr.(a) Marcela Gomes de Andrade
(PPGP - UFSC – Examinadora Interna)

Prof.(a) Dr.(a) Eliane Domingues
(PPI – UEM – Examinadora Externa)

Prof.(a) Dr.(a) Ana Lúcia Mandelli de Marsillac
(PPGP – UFSC – Suplente Interna)

Prof.(a) Dr.(a) Gláucia de Oliveira Assis
(PPGPlan – UDESC – Suplente Externa)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Psicologia, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Dr.(a) Lucienne Martins Borges (PPGP UFSC – Orientadora)

Florianópolis, 31 de agosto de 2021.

*Este trabalho é dedicado à minha mãe, Tânia,
que era dona do melhor colo,
da melhor escuta e
do melhor acolhimento para mim.*

AGRADECIMENTOS

Para que essa pesquisa pudesse ser realizada, recebi a contribuição de muitas pessoas que fazem parte de minha vida e me constituem tanto quanto profissional, quanto como sujeito. Haja vista que não há separação completa possível entre quem somos e o trabalho que exercemos, faço aqui meus agradecimentos àqueles que fazem parte dos diferentes espaços da minha vida e de mim. Pessoas e instituições que possibilitaram das mais diversas maneiras que este trabalho fosse possível.

Começo, claro, pelo começo, o meu começo. Assim, agradeço com todo o amor que tenho em mim à minha família. É a partir desse sentimento tão forte que compartilhamos uns pelos outros que encontro formas de ser quem sou. Poder ser no amor não é pouca coisa. Portanto, agradeço aos meus avós paternos, Higino e Estelita, e avós maternos, Braulino e Maria da Aparecida. Foram eles os responsáveis por começar a história dos meus pais e, portanto, a minha. Mas, antes deles muitos vieram, tantos que não pude conhecer, que chegaram de longe, que migraram em busca de uma vida melhor; mas também há em nossa família aqueles que aqui já estavam ou foram trazidos à força. A estes, que se perderam nas memórias e registros, também agradeço.

Agradeço aos meus pais, Tânia e Ramon, por tudo. Palavras são insuficientes para que eu possa colocar em linguagem escrita o que sinto por vocês e o que estes sentimentos inscrevem em mim. Vocês foram meus primeiros professores, modelos e maiores incentivadores. À minha mãe Tânia, agradeço por ter me ensinado, como todo seu amor, tudo que pôde no tempo que tivemos juntas nessa vida. Obrigada por ter me transmitido seu bom-humor e sua crença inabalável de que tudo sempre vai ficar bem.

Ao meu pai, Ramon, o primeiro psicólogo que conheci, agradeço pela transmissão da profissão e por tantas outras coisas. Mesmo sem saber bem o que fazia um psicólogo, desde criança sempre pensei que devia ser algo bom porque era o que você fazia. Talvez esse tenha sido o início do caminho que me trouxe até esta profissão: querer parecer um pouco mais com você. Obrigada por todas as oportunidades e por não medir esforços para proporcioná-las a mim. Obrigada por me ensinar tanto com sua forma de ser, sempre paciente e carinhosa. Agradeço por sempre acreditar e investir em mim e na minha felicidade.

Às minhas irmãs mais velhas, Cíntia e Beatriz, agradeço por me ensinarem tanto! Com vocês aprendi a compartilhar e aprendo cada dia mais. Obrigada por serem mulheres e irmãs tão generosas, tão pacientes e acolhedoras com minhas faltas. Sou grata por vocês sempre estarem próximas e atentas, por crescermos e aprendermos juntas, por nos darmos suporte,

conselhos, colo e escuta. Sou feliz por vocês serem minhas irmãs e minhas amigas. Que sorte a minha ter vocês para dividir a vida.

Às minhas amigas de sempre e pra sempre: Júlia, Roberta e Gabriela. Vocês são meu porto seguro, meu orgulho e minha certeza de sempre. São minha família, minhas irmãs, minhas parceiras. Obrigada por tanta escuta, por tantas risadas, por tanto amor! Cada uma a seu jeito me ensina a ver as diferenças com amor. Obrigada por serem exatamente como vocês são! Agradeço também à Vitória e Nicole, pois com vocês aprendo que a alteridade é uma potência sem fim e que, com disponibilidade e respeito, ela só nos aproxima e faz crescer.

Agradeço à Mariah, minha companheira e com quem divido a vida. Obrigada pela escuta atenciosa das minhas angústias e desafios com esta pesquisa. Agradeço por me incentivar a acreditar em minhas qualidades e competência. Agradeço pelas risadas, pela cumplicidade e cuidado, pelos colinhos e carinhos. Os desafios da vida ficam mais leves com você. Obrigada, bem.

Agradeço também aos amigos e amigas do NEMPsiC, núcleo de pesquisa que me deu tantas oportunidades para aprender sobre psicologia, migração e culturas, mas, principalmente, sobre vínculos e acolhimento. Com vocês compartilhei minhas inquietações com esta pesquisa e fui ouvida. Recebi sugestões que aperfeiçoaram este trabalho e questionamentos que me apresentaram outras perspectivas para pensá-lo. Obrigada Allyne, Alisson, Bruna, João, Júlia, Helena, Marina, Thiago, Luiza e Paula.

Agradeço também aos amigos internacionalistas que fiz no CRAI, Emanuely, Gabriela e Henrique, que tanto me ensinam sobre migração a partir de sua perspectiva. Este trabalho também tem a contribuição de vocês.

Dentre eles agradeço especialmente ao Gustavo Machado, meu colega e parceiro de trabalho no CRAI, NEMPsiC e em tantos outros lugares. Foi a partir de uma sugestão sua no Seminário da Cátedra Sérgio Vieira de Mello de 2018, em Curitiba, que esta pesquisa começou a tomar forma. Obrigada por sua generosidade e disponibilidade na nossa relação. Trabalhar com alguém tão competente e inteligente é um prazer que se torna ainda maior quando esta pessoa é um amigo.

Sou grata por ter com vocês uma relação que criamos e cuidamos com tanto investimento. Sou feliz por ter me aproximado de tantas pessoas incríveis que talvez eu não conheceria melhor em outros espaços ao longo da minha formação. Este núcleo de estudos foi um divisor de águas e tudo passou a fazer mais sentido para mim depois que me encontrei no NEMPsiC.

Assim, agradeço profundamente à sua criadora, Lucienne. Obrigada por todas as oportunidades que, literalmente, ultrapassaram fronteiras. Considero um privilégio ter uma relação como a nossa entre orientadora e orientanda. Com suas palavras sinceras, seus limites bem estabelecidos e seus empurrõezinhos o trabalho vai muito bem. Sou grata por você desempenhar sua função de professora e orientadora com tanta generosidade e por sua escuta tão sensível que consegue perceber os mínimos detalhes. Admiro muito seu trabalho e sua ética ao desempenhá-lo, sua competência e, principalmente, sua energia e desejo pela vida! Estar perto de você é sempre uma forma de lembrar que a vida vale a pena ser vivida plenamente.

Agradeço à Marcela Gomes de Andrade, professora querida e atual coordenadora do NEMPsiC com quem aprendo diariamente com sua espontaneidade e leveza. Obrigada por acompanhar minha jornada neste mestrado desde a qualificação até a banca de defesa. Agradeço também às demais professoras e pesquisadoras que tão generosamente aceitaram fazer parte das bancas de qualificação e defesa desta dissertação. Assim, agradeço a professora Andréa Barbará Bousfield, que tanto contribuiu com o método desta pesquisa na etapa de qualificação. E também às professoras Eliane Domingues, Gláucia de Oliveira Assis e Ana Lúcia Mandelli de Marsillac, que farão parte da banca de defesa, a primeira como membro externo ao programa e as duas últimas como suplentes. Muito obrigada!

Agradeço à minha grande amiga e parceira de mestrado e profissão, Vitoria. Nos aproximamos em 2018 e depois disso nós não nos separamos mais, nem para cruzar o hemisfério e vir parar no Canadá. Obrigada por ser uma amiga tão atenciosa e uma colega de trabalho tão disponível. Na nossa relação somos complementares, com você aprendo aquilo que me falta e vice-versa. Desse nosso jeitinho temos ido longe e espero que essa amizade continue sem data para acabar.

Sou grata pelos amigos que fiz em meu estágio de pesquisa em Québec. Mesmo com tantas restrições impostas pela pandemia, sinto que vivi e aproveitei o melhor daqui e de qualquer lugar: as pessoas e as relações que construímos juntos. Imigrantes, como eu, longe de suas casas e cheios de desejo por este lugar novo, foram esses amigos que tornaram essa experiência mais calorosa, acolhedora, familiar e divertida! Muito obrigada Ana María, Lucas, Gabriel, Gustavo, Giulia, Armand e Mahmoud.

Merci aussi à mes collègues d'Édiq, l'équipe de recherche qui m'a bien accueilli au Québec. Merci pour votre attention et votre hospitalité. Je remercie en particulier Mariá, Marie-Elisá et Johanna pour tout ce que vous avez fait pour rendre mon expérience au Québec mémorable.

Merci aussi à l'équipe du SAPSIR© par cette expérience extraordinaire. Partager du setting thérapeutique avec vous a été un apprentissage incroyable. Merci Jean-Bernard, Eliane, Mariá et Lucienne; avec vous j'ai appris qu'il y a beaucoup de façons d'écouter et accueillir les histoires qu'on raconte.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina, lugar que aprendi a amar. Obrigada a todos os profissionais que criam e mantêm a excelência dessa instituição de ensino pública. Sou privilegiada de poder ter feito minha graduação e pós-graduação na UFSC e reconheço. Agradeço à CAPES-DS pela bolsa de pesquisa que recebi, pois este apoio financeiro foi fundamental para que este estudo pudesse ter sido realizado. Espero poder devolver à sociedade este investimento feito em mim por meio desta pesquisa e também de minha atuação enquanto uma psicóloga ética e comprometida sociopoliticamente com o nosso país e seu povo, da onde quer que ele venha.

Por fim, agradeço às Agentes Comunitárias de Saúde que participaram desta pesquisa. Espero que os resultados aqui obtidos tragam investimento e melhores condições de trabalho para estas profissionais e que assim elas, e os demais profissionais da Atenção Primária, possam estar melhores preparados para acolher os imigrantes que vivem em Florianópolis.

RESUMO

Júlia de Souza Lopes. O acolhimento a imigrantes na perspectiva de agentes comunitárias de saúde em Florianópolis. Florianópolis, 2021. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Orientadora: Dr^a Lucienne Martins Borges. Data da defesa: 31/08/2021.

Todos os dias milhares de pessoas migram, transitando entre territórios e cruzando fronteiras para buscar algo que não podem mais ou que nunca puderam encontrar onde estavam. O fenômeno migratório, por sua complexidade, independentemente de sua causa ou tempo de duração, tem importantes efeitos na vida dos sujeitos. Portanto, foram focos deste estudo tanto a imigração voluntária quanto a involuntária. Diante dos impactos biopsicossociais da imigração, vínculos positivos com profissionais de serviços de saúde podem contribuir para integração do imigrante no país de acolhida. Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender o acolhimento realizado por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) a imigrantes na cidade de Florianópolis. Optou-se por uma abordagem qualitativa, com objetivos de caráter exploratório-descritivo e entrevistas semiestruturadas como instrumento. As entrevistas foram realizadas nos Centros de Saúde onde trabalham as 15 participantes da pesquisa. Os relatos orais foram transcritos, categorizados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009). Os resultados foram discutidos a partir de uma revisão de literatura integrativa sobre o processo de acolhimento a imigrantes na perspectiva de trabalhadores da saúde e também da Etnopsiquiatria, disciplina que fundamentou esta pesquisa. Os resultados demonstraram, a respeito dos significados da migração para as ACS, que os imigrantes não têm um perfil definido, apesar de serem identificados como diferentes dos brasileiros. Além disso, boa parte das entrevistadas considera que o processo migratório representa riscos não apenas aos imigrantes, mas também para a sociedade que os acolhe. Elas consideram que as condições de acesso aos serviços de saúde pública para imigrantes são influenciadas por múltiplos fatores. A organização e as características do SUS, por exemplo, operam tanto como barreiras quanto como facilitadores para tal. A dificuldade dos imigrantes em entender seu funcionamento pode representar importantes empecilhos para seu acesso; no entanto, a gratuidade, universalidade e qualidade de seus serviços são fatores que possibilitam sua utilização. As demandas de cuidado dos imigrantes são tanto de ordem física quanto psicossociais. Para as ACS, não são as patologias que tornam as demandas dos imigrantes complexas, mas sim o que eles passaram e passam para estar fora de seu país. Assim, as

práticas de acolhimento a imigrantes realizadas pelas ACS são inúmeras. Tais práticas são influenciadas tanto pelas experiências individuais de quem as realiza, quanto pelo contexto onde acontecem. Estas variáveis vão determinar os desafios, estratégias e possibilidades para que o acolhimento aconteça ou não. Conclui-se que, como uma postura ética definida pela Política Nacional de Humanização, o acolhimento a imigrantes é realizado pela maioria das ACS entrevistadas. No entanto, o Estado não oferece condições adequadas para o acolhimento de imigrantes em suas especificidades; nessa falta, profissionais e imigrantes se juntam para tentar superar as barreiras. Portanto, torna-se evidente a necessidade de o Estado investir em formações constantes para os profissionais que atuam nos serviços da Atenção Primária para que eles possam lidar com os constantes desafios deste nível de atenção.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde; imigração; acolhimento; SUS; atenção primária.

ABSTRACT

Every day thousands of people migrate, transiting between territories and crossing borders in search of something they can no longer or could never find where they were. The migratory phenomenon, due to its complexity, regardless of its cause or duration, has important effects on the lives of those who migrate. Therefore, both voluntary and involuntary immigration were focuses of this study. Given the biopsychosocial impacts of immigration, positive links with health service professionals can contribute to the integration of the immigrant in the host country. That said, the aim of this research was to understand the reception carried out by Community Health Workers (CHW) to immigrants in the city of Florianópolis. A qualitative approach was chosen, with exploratory-descriptive objectives. Semi-structured interviews were used as instrument. The interviews were conducted at the Health Centers where the 15 research participants worked. Oral reports were transcribed, categorized and analyzed using the content analysis technique (Bardin, 2009). The results were discussed based on an integrative literature review about the process of welcoming immigrants from the perspective of health workers. In addition, Ethnopsychiatry, the theory that underlies this research, was also used. The results showed, regarding the meanings of migration for the CHW, that immigrants do not have a defined profile, despite being identified as different from Brazilians. In addition, most of the interviewees believe that the migration process represents risks not only for immigrants, but also for the society that welcomes them. They consider that the conditions of access to public healthcare services for immigrants are influenced by multiple factors. The organization and characteristics of the SUS, for example, operate both as barriers and as facilitators for this. Immigrants' difficulty in understanding how they work can represent an important obstacle to their access; however, the gratuity, universality and quality of its services are factors that enable its use. Immigrant care demands are both physical and psychosocial. For the CHW, it is not the pathologies themselves that make the demands of immigrants complex, but what they went through and still go through to be outside their country. Therefore, the strategies carried out by the CHW for welcoming immigrants are countless. Such practices are influenced both by the individual experiences of those who carry them out, and by the context in which they take place. These variables will determine the challenges, strategies and possibilities for the reception to happen or not. It is concluded that, as an ethical posture defined by the National Humanization Policy, the reception of immigrants is carried out by the majority of the CHW interviewed. However, the State does not offer adequate conditions for the reception of immigrants in their specificities; in this absence,

professionals and immigrants come together to try to overcome barriers. Therefore, the need for the State to invest in constant training for professionals working in Primary Care services is evident, so that they can deal with the constant challenges of this level of care.

Keywords: Community Health Workers; Immigration; Attention; SUS; Primary Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Significados da migração para ACSs.....	59
Quadro 2 - Condições de acesso aos serviços de saúde pública.....	68
Quadro 3 - Demandas de cuidado dos imigrantes.....	83
Quadro 4 - Práticas de acolhimento.....	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distritos sanitários do município de Florianópolis.....	51
Figura 2 - Território de abrangência dos Centros de Saúde.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão.....	42
Tabela 2 - Caracterização das participantes.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS

ACNUR - Alto Comissariado da ONU para Refugiados
ACS - Agente Comunitária de Saúde
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CRAI – Centro de Referência e Acolhimento aos Imigrantes e Refugiados
CS - Centro de Saúde
CONARE – Comitê Nacional para Refugiados
GAIRF - Grupo de Apoio aos Imigrantes e Refugiados de Florianópolis
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM – International Organization for Migration
NEMPsiC – Núcleo de Estudos sobre Psicologia, Migrações e Culturas
OIM - Organização Internacional para as migrações
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
SAPSIR© - Service d’Aide Psychologique Spécialisé aux Immigrants et Réfugiés
SSF - Systematic Search Flow
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	19
2. INTRODUÇÃO.....	21
3. OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo geral.....	28
3.2 Objetivos específicos.....	28
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
4.1 Processo migratório.....	29
4.2 Etnopsiquiatria.....	31
4.2.1 O nascimento.....	32
4.2.2 Etnopsiquiatria, imigração e cultura.....	33
4.3 Saúde, cultura e imigração: acolhimento e competência cultural.....	35
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	40
5.1 Método.....	40
5.2 Resultados e discussão da Revisão de Literatura.....	42
5.2.1 Barreiras e facilitadores no atendimento a imigrantes.....	43
5.2.2 Estratégias adotadas por profissionais no atendimento a imigrantes.....	46
5.2.3 Organização do sistema de saúde.....	47
5.2.4 Questões sociopolíticas que interferem no atendimento a imigrantes.....	48
6. MÉTODO.....	49
6.1 Delineamento de pesquisa.....	49
6.2 Características do campo de pesquisa.....	50
6.3 Participantes.....	53
6.4 Instrumentos.....	55
6.5 Procedimentos de coleta de dados.....	56
6.6 Procedimentos éticos.....	56
6.7 Análise de dados.....	57
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	122
APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico.....	125
APÊNDICE C - Roteiro da entrevista.....	126

APÊNDICE D – Quadro de categorias.....	128
--	-----

1 APRESENTAÇÃO

As temáticas centrais que orientam esta pesquisa – saúde e migração – são temas de meu interesse desde muito cedo em meu percurso estudantil e profissional. Iniciou-se em 2015, onde na disciplina de Psicopatologia I do curso de graduação de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tive contato pela primeira vez com a professora Dra. Lucienne Martins Borges.

Ao discutir noções básicas sobre saúde mental, a professora apresentou seu trabalho na “Clínica Intercultural”, projeto de extensão que oferece atendimento psicológico para imigrantes e refugiados da região de Florianópolis utilizando uma abordagem sensível à cultura. Uma abordagem que leva em consideração, no tratamento e na escuta do sofrimento, a constituição cultural do sujeito e, por conseguinte, sua própria compreensão de saúde mental fundamentada em sua cultura.

Este contato inicial motivou-me a estudar o papel da cultura na compreensão do sofrimento e, a partir de então, a relação entre cultura e saúde mental vem instigando e orientando meus caminhos e escolhas profissionais. Em 2016 iniciei o primeiro estágio curricular profissionalizante na ênfase de Saúde e Processos Clínicos, escolhendo a Clínica Intercultural como campo de atuação.

Esta experiência proporcionou-me contato com imigrantes de diferentes países, suas culturas e formas de vida tão distintas e únicas. Pude perceber, por intermédio da prática clínica, como a cultura constitui os sujeitos e orienta sua forma de sentir e viver, como ela codifica as narrativas das experiências no decurso de uma compreensão compartilhada entre os de mesma cultura. A aproximação desta temática se deu não apenas mediante à experiência clínica, mas também por meio do estudo e do aprofundamento teórico proporcionado pelas atividades promovidas pelo Núcleo de Estudos sobre Psicologia, Migrações e Culturas (NEMPsiC).

Ao longo desta experiência, dei-me conta que os pacientes da Clínica Intercultural tinham, em sua maioria, um perfil semelhante. Eram estudantes, imigrantes de países em sua maioria do continente africano, participantes de programas de convênios de graduação com a UFSC e que haviam saído de seus países por vontade própria, buscando melhores condições de estudo. Estes estudantes imigrantes vinham para cá com certo planejamento prévio, muitas vezes com segurança e estabilidade, com uma representação sobre o Brasil e os brasileiros; enfim, com uma projeção da vida que teriam aqui. Comecei, então, a questionar-me: Onde estavam os imigrantes com outros perfis, aqueles que chegavam em menor número à Clínica Intercultural?

Motivada por este questionamento, ao fim do estágio na Clínica Intercultural busquei outro espaço onde pudesse encontrar respostas. Em 2018 iniciei meu segundo estágio curricular profissionalizante na ênfase de Processos Comunitários e Ações Coletivas no recém-inaugurado Centro de Referência de Atendimento ao Imigrante (CRAI) de Florianópolis. Foi no CRAI que encontrei parte dos imigrantes que não chegavam à Clínica Intercultural e foi também ali que pude começar a identificar os possíveis motivos que os impediam.

Os imigrantes atendidos pelo serviço de psicologia do CRAI muitas vezes não tinham escolhido vir para o Brasil ou sequer sabiam o que aqui encontrariam. Não havia o desejo, mas sim a necessidade de imigrar, que se impunha e com ela trazia consequências múltiplas para a vida desses sujeitos e de suas famílias. Era uma atuação muito diferente da experiência anterior, na Clínica Intercultural, que contava com um formato bem desenhado. No CRAI, os atendimentos tinham outro objetivo e seu formato variava de acordo com a situação. As intervenções aconteciam quase sempre com a participação ou com a mediação de outros profissionais do próprio serviço ou da rede socioassistencial e de saúde. As perguntas que eu me fazia ao fim do primeiro estágio foram, em certa medida, respondidas pela experiência no CRAI, no entanto, outros questionamentos surgiram.

Nesta experiência profissionalizante, um atendimento em específico a uma imigrante em situação de vulnerabilidade só foi possível por meio do intermédio de uma ACS. Ela atuou como uma facilitadora para o contato entre o serviço de psicologia do CRAI e a usuária em questão, que, à época, não possuía acesso a nenhum meio de comunicação (telefone, e-mail, etc.) ou rede de apoio na cidade. Por ser ACS no território onde morava a imigrante atendida, esta profissional, além de acompanhar seu caso na rede de saúde, era também sua vizinha. Assim, a partir do telefone desta ACS e de sua disponibilidade foi possível o serviço de psicologia do CRAI atender e acompanhar esta imigrante. Esta situação específica fez surgir um interesse em investigar como eram acolhidos os imigrantes no sistema de saúde brasileiro.

É, então, a partir desta trajetória acadêmica, interessada em saúde e migração, e do contato com quem trabalha no acolhimento de imigrantes que surge o desejo de realizar uma pesquisa para investigar a experiência de profissionais de saúde que se deparam com o encontro intercultural.

2 INTRODUÇÃO

Todos os dias milhares de pessoas transitam entre territórios, cruzam fronteiras em busca de algo que não podem mais ou que nunca puderam encontrar onde estavam. Estas pessoas – imigrantes – são aquelas que, independente da causa e da duração de seu deslocamento, atravessam as fronteiras de um país que não o seu de origem (Organização Internacional para as Migrações – [OIM], 2009). Às vezes o que motiva este movimento são questões da ordem do desejo por melhores condições de vida, de saúde ou de trabalho; nesse caso, trata-se de maneira geral de uma imigração voluntária. Ela envolve um projeto de vida, um planejamento, a possibilidade de retorno e a manutenção do vínculo com quem fica. Outras vezes o movimento migratório ocorre por ser esta a única possibilidade de continuidade de vida, neste caso, a migração é categorizada como imigração forçada ou involuntária¹ (Martins-Borges, 2013; OIM, 2009).

Por seu caráter disruptivo, o processo de migração involuntária pode significar uma experiência traumática que gera impactos psíquicos para as pessoas que utilizam este como último recurso para manter a vida (Freud, 1920/2010; Jibrin, 2017; Martins-Borges, 2013; Martins-Borges & Pocreau, 2009). A diferenciação em relação ao tipo de migração é fundamental, pois suas características específicas terão diferentes efeitos nos imigrantes (Boeira-Lodetti, 2018; Martins-Borges, 2013). Assim, serão focos deste estudo tanto a imigração voluntária quanto a involuntária.

As situações de imigração involuntária, onde há exposição à violência e à devastação, podem se inscrever como um trauma e irromper no psiquismo dos sujeitos uma alta carga de tensão, levando-os a um estado de vulnerabilidade psíquica. Assim, não é apenas o evento em si que caracteriza o que pode ser traumático, mas sim a forma como ele é vivenciado e incide no psiquismo dos sujeitos (Freud, 1920/2010; Jibrin, 2017; Martins-Borges, 2013; Martins-Borges & Pocreau, 2009).

A Etnopsiquiatria, disciplina fundada por Georges Devereux em 1970, propõe a compreensão do traumático introduzindo a noção de cultura como protetora do sujeito frente a situações de confusão e perplexidade, utilizando, para tal, a complementaridade entre os saberes de duas teorias, a Psicanálise e a Etnologia (Martins-Borges, Boeira-Lodetti, Jibrin & Pocreau, 2019). A cultura, nesta perspectiva teórica, corresponderia a um sistema dinâmico e auto regulado, composto por elementos significativos que são dotados de propriedades e funções e

¹ Nesta pesquisa adotou-se o termo imigrações involuntárias para se referir a imigração com estas características.

que fornecem ao sujeito indicações de como agir e pensar de forma coerente frente às situações da vida (Martins-Borges et al., 2019; Moro, 2015; Nathan, 1993).

A cultura seria o equivalente a um “mapa mental” que permitiria aos membros de uma sociedade pensar, trabalhar e se relacionar dentro de uma lógica cultural orientadora e compartilhada (Martins-Borges & Pocreau, 2009; Nathan, 1993). No caso de imigrantes forçados e involuntários, mas não apenas, pode ocorrer, mesmo que temporariamente, uma incoerência entre seu mundo interno (psíquico) e o mundo externo (cultura da sociedade de acolhida). Nessa situação, a comunicação entre os dois mundos pode ficar prejudicada, uma vez que não há correspondência entre o que se apresenta no exterior, na nova cultura, e no interior, na organização psíquica do sujeito fundamentada em sua cultura de origem (Machado, Barros & Martins-Borges, 2019; Martins-Borges, Jibrin & Barros, 2015; Nathan, 1993).

A perda do referencial cultural somada a outras perdas decorrentes do processo migratório – como a perda da rede de apoio social e familiar, da expressão na língua materna, do status social e profissional anteriores à imigração, entre outras – podem levar o imigrante a um estado de vulnerabilidade psíquica. Compreendemos aqui a vulnerabilidade psíquica como um estado em que, frente à adversidade, o sujeito não consegue recorrer a seus recursos psíquicos para enfrentar as situações do cotidiano (Martins-Borges, 2013). Neste estado, os sujeitos podem apresentar tristeza profunda, isolamento social, conflitos com a cultura do país de acolhimento, queixas somáticas, aumento de ansiedade, depressão, confusão identitária, sentimento de alienação, sintomas de fadiga, esquecimento, insônia, dificuldade de concentração e irritabilidade (Martins-Borges, 2013; Dantas, 2012; Franken, Coutinho & Ramos, 2012).

Os eventos traumáticos do processo migratório são muitas vezes agravados por fatores que ocorrem após a imigração, já no país de acolhida, frente a situações nas quais não há o compartilhamento de uma mesma linguagem. Um exemplo disso é o choque cultural sofrido no contato com costumes culturais ou religiosos diferentes. Questões como lentidão burocrática, obstáculos à reconstrução de uma vida profissional e familiar, dificuldades em relação à língua, ao acesso a serviços básicos de saúde e educação, dentre outras, também podem influenciar negativamente na adaptação do imigrante (Martins-Borges, 2013).

Diante de tantas rupturas, poder contar com vínculos positivos feitos na relação com profissionais que trabalham em serviços das redes de acolhimento é uma forma de apostar em algo que pode contribuir para a mediação com a nova cultura. Sendo assim, é fundamental para aqueles que atuam nas diferentes etapas do processo de acolhimento a imigrantes, assim

como para as instituições que os recebem, dispor de um alto nível de competência cultural (Campinha-Bacote, 2002; Damasceno & Silva, 2017; Gouveia, Silva & Pessoa, 2019).

O acolhimento de grupos vulneráveis e com especificidades, como é muitas vezes o caso da população imigrante, requer organização de serviços, práticas de saúde e de cuidado social por parte do Estado que sejam sensíveis às diferenças culturais. Ações como estas precisam estar pautadas em políticas públicas para produzirem reconhecimento de direitos e mudanças nos significados atribuídos a imigrantes pela sociedade do país de acolhida, pois por vezes eles ainda são recebidos com hostilidade (Hassan, Fraser, Papazian & Rousseau, 2012). Esta compreensão traz questionamentos sobre como tem sido feito o acolhimento a imigrantes nos diferentes estados e localidades do Brasil e quais são as condições de acesso aos serviços essenciais nas instituições brasileiras.

O Brasil, país diverso culturalmente, formado por imigrantes de todas as partes do mundo, vem recebendo pessoas que saíram de seus países pelos mais variados motivos ao longo de sua história, já tendo passado por diversos ciclos migratórios. De acordo com o último censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, haviam 592.570 pessoas de outra nacionalidade que não a brasileira residindo no Brasil naquele ano e destas, 17.622 encontravam-se em Santa Catarina (IBGE, 2010).

Florianópolis, a capital do estado de Santa Catarina, e cidades vizinhas, têm recebido um crescente número de imigrantes e refugiados acompanhando a tendência nacional (Grupo de Apoio aos Imigrantes e Refugiados de Florianópolis e região – [GAIRF], 2015; Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados - [ACNUR], 2014; IBGE, 2010). De acordo com o relatório produzido em 2015 pelo Grupo de Apoio aos Imigrantes e Refugiados de Florianópolis e região - GAIRF², aumentou constantemente a frequência dos procedimentos e cadastros de imigrantes e refugiados realizados pela Pastoral do Imigrante³ entre 2013 e 2015. Vale ressaltar que, apesar de não ser ligada ao Estado, esta era a principal instituição que promovia em Florianópolis o acolhimento a imigrantes e refugiados no que diz respeito a demandas relacionadas a regularização documental, encaminhamento à serviços socioassistenciais, de saúde e de acolhida religiosa neste período (Machado et al., 2019; GAIRF, 2015).

² O GAIRF é um grupo aberto, que conta com a parceria de representantes de instituições do poder público, universidades, representantes de credos religiosos e organizações não governamentais que atuam junto a imigrantes e refugiados da região da Grande Florianópolis.

³ A Pastoral do Imigrante é uma entidade da igreja católica que tem como missão atuar em questões ligadas à imigração em todo o mundo.

No âmbito legislativo, a Lei 13.445, de 24 de maio de 2017, conhecida como nova Lei da Migração, em substituição ao Estatuto do Estrangeiro de 1980, foi um passo importante frente ao ascendente fluxo migratório no Brasil. Ela promove avanços no sentido da garantia de proteção e promoção da cidadania aos sujeitos que ingressam no Brasil. Com atenção voltada à pessoa e não à proteção do território nacional, foco do antigo Estatuto ainda da época da Ditadura Militar no Brasil, a nova lei entende o imigrante não como um invasor ou como um estranho, mas como cidadão de direitos (Brasil, 2017).

Essa lei deriva de uma importante mobilização social que contribuiu para a criação, em 2014, do primeiro Centro de Referência de Atendimento ao Imigrante - CRAI do país, na cidade de São Paulo. Assim, a partir do reconhecimento da crescente necessidade de acolher o crescente fluxo migratório e da experiência da capital paulista, foram criados em 2018 dois novos CRAIs (um em Florianópolis/SC e outro em Boa Vista/RO) que ofereciam⁴ atendimento especializado aos imigrantes dessas regiões.

Apesar destas iniciativas e da referida lei, não há atualmente uma articulação de políticas públicas nacionais que direcionam a criação e implementação de estratégias de acolhimento e integração para imigrantes. Políticas públicas nos âmbitos da saúde, educação e assistência social que se atentem às especificidades da imigração são fundamentais para garantir os direitos e a cidadania dessa população. E o Estado, por não oferecer capacitação suficiente aos seus agentes, acaba por agravar a vulnerabilidade desta população que se encontra muitas vezes em situação de risco: sem moradia, alimentação, trabalho ou rede de apoio no país de acolhida. Sem o amparo do Estado, o imigrante encontra obstáculos ao tentar acessar seus direitos, pois os impactos psicossociais decorrentes da imigração são intransponíveis individualmente (Martins-Borges, 2013).

Como poderia o imigrante acessar a rede de serviços do Estado, explicar seu sofrimento, seja ele físico, psíquico ou social, quando paciente e profissional não falam a mesma língua ou compartilham dos mesmos códigos culturais? Assumindo que a língua materna carrega representações e organizações simbólicas formadoras da identidade, como comunicar o que se sente, sobre o mal-estar, em uma língua cujas representações culturais diferem entre os interlocutores?

⁴ Em setembro de 2019, enquanto este trabalho estava sendo produzido, após menos de dois anos de funcionamento, o CRAI de Florianópolis/SC fechou suas portas. Fruto de um convênio de caráter público-privado, o CRAI/SC mesmo operando em condições difíceis durante todo seu funcionamento, oferecia a única resposta por parte do Estado para questões ligadas à imigração em Santa Catarina. Atualmente os imigrantes voltam a depender de serviços prestados por ONG's, grupos da sociedade civil e entidades ligadas a organizações religiosas para terem alguns de seus direitos garantidos. Um efeito de uma política de descontinuidade, pensada para mandatos, e não para cidadãos.

O exercício do descentramento étnico-cultural consiste no esforço de renunciar, mesmo que temporariamente, a seus próprios referenciais para tentar compreender os de outro sujeito. São nossos referenciais culturais, por exemplo, que determinam os significados que atribuímos aos fenômenos que vivenciamos e como os compartilhamos. O significado tem função estruturante, ou seja, é a partir do significado atribuído aos fatos que as pessoas organizam suas vidas, incluindo os cuidados com a saúde (Turato, 2005).

Para profissionais da área da saúde este exercício pode implicar um deslocamento de uma postura biomédica na compreensão dos processos de saúde-doença, - muitas vezes adquirida durante a formação - para uma postura que permita construir, junto com os sujeitos, uma compreensão de seu sofrimento. Uma compreensão que seja mediada pelos conhecimentos tradicionais da cultura de pertencimento do paciente, por exemplo, pois para muitas culturas são os saberes compartilhados e transmitidos culturalmente que oferecem uma explicação etiológica das doenças, assim como preveem os meios para a cura (Silva, Langdon & Ribas, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil prevê em seus princípios a universalidade, integralidade e equidade no atendimento à saúde para todos, sem qualquer tipo de discriminação, respeitando a singularidade de indivíduos e populações. Organizado em redes de níveis de complexidade de atenção (primária, secundária e terciária), as ações para promoção de saúde procuram não seguir a lógica hospitalocêntrica. No nível da Atenção Primária à Saúde (APS), organizou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), com enfoque territorial e no trabalho em equipe para atender à população local mantendo um nível de proximidade e acessibilidade (Brasil, 2012).

No âmbito territorial, as equipes de Saúde da Família (eSF) são as estratégias de operacionalização das diretrizes instituídas pela ESF (Brasil, 2012). Um território ou distrito sanitário é definido por suas características, por sua população específica, que vive em um tempo e em um espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinadas. Nesta perspectiva, a noção de território decorre da vida em sociedade, os territórios são antes relações sociais projetadas no espaço, do que um espaço concreto (Gondim & Monken, 2009; Souza, 1995). É no território que se dá a interação entre a população e os serviços no nível local, representando muito mais que um simples recorte político-administrativo do sistema de saúde. Assim, os Distritos Sanitários são estruturados como uma estratégia para a implementação do SUS, funcionando como uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde nas cidades, com o objetivo de operacionalizar as ações de saúde nos territórios.

As eSF são compostas por no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) (Brasil, 2012). Essas equipes assumem um papel fundamental na construção de um novo modelo de cuidado, já que estão inseridas em um contexto privilegiado que permite maior proximidade entre usuários, família, comunidade e profissionais de saúde (Cabral & Albuquerque, 2015).

Na atuação desses profissionais, destaca-se o papel das ACS⁵, que representam o elo entre a eSF e a comunidade por fazerem parte de ambas. Elas são responsáveis por realizar o mapeamento da área do território, o cadastro das famílias, por identificar os riscos aos quais podem e aos quais já estão expostos os membros do território, por realizar orientações e encaminhamentos aos serviços de atenção à saúde, fazer visitas domiciliares, entre outras atividades (Sousa, 2007; Cabral & Albuquerque, 2015). As ACS são obrigatoriamente moradoras do território do Centro de Saúde (CS) onde atuam e delas espera-se a promoção do encontro entre o saber científico e o saber popular. Que sejam capazes de transitar entre esses dois mundos, intercambiando os conhecimentos advindos de ambos.

As ACS compartilham vivências e constroem vínculos com a população, condição imprescindível para o acompanhamento contínuo e integral da saúde. Essa é uma das principais potências da prática das ACS: elas participam da dinâmica territorial, construída a partir da presença de pessoas advindas de contextos sociais e culturais distintos, como agentes de saúde e como atores sociais. Seus espaços de vida são os mesmos dos usuários do CS em que trabalham. Elas conhecem os moradores que habitam o território e, muitas vezes, compartilham das mesmas dificuldades enfrentadas por eles. Por isso, as ACS dispõem de uma condição singular para acolher a população imigrante que muitas vezes encontra dificuldade para acessar o sistema de saúde por diversas razões. A exemplo disso está a condição de indocumentados de alguns imigrantes. Esta situação, apesar de não ser um impedimento legal para que eles tenham direito a acessar os serviços do SUS, os deixa receosos e com medo de uma denúncia por tal condição (Losco & Gemma, 2019).

⁵ Optou-se neste trabalho por referir-se às profissionais sempre com pronomes femininos. Esta estratégia foi adotada por este ser um cargo ocupado majoritariamente por mulheres desde sua criação em 1987, no Ceará, onde ocorreu a primeira experiência estruturada de Agente Comunitário de Saúde. À época, esta experiência teve por objetivo criar oportunidades de emprego para mulheres da área da saúde, assim como reduzir os níveis de mortalidade infantil (Pedebos, Rocha & Tomasi, 2018). Além disso, esta opção possibilita manter o sigilo das participantes, já que caso haja algum profissional homem, este poderia ser facilmente identificado entre suas colegas.

Portanto, a partir de reflexões sobre a potência do trabalho das ACS por meio de uma atuação comunitária e sobre os impactos psicossociais que o processo migratório pode gerar na vida de imigrantes, propõem-se nesta pesquisa investigar **como acontece o acolhimento realizado por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) à imigrantes em Florianópolis.**

Julga-se, portanto, que há relevância social em investigar as práticas destas profissionais visando, com os resultados, contribuir para o aperfeiçoamento de sua atuação e oferecer subsídios para políticas públicas. Já a justificativa científica desta pesquisa está ancorada no fato de que apesar de a imigração ser um fenômeno global, um dos grandes desafios que se coloca à atenção primária em todo o mundo está na dificuldade em acolher imigrantes nos serviços de saúde.

Acredita-se que este desafio em acolher imigrantes se dá em parte pelo baixo nível de competências culturais e técnicas dos profissionais e serviços de saúde capazes de contemplar as diferenças culturais nos modelos de cuidado em saúde conforme apontado a revisão de literatura realizada para subsidiar esta pesquisa (Gonçalves & Matos, 2016; ; Nicholas, Fleming-Carroll, Durrant & Hellmann, 2017; Palmer-Wackerly, Chaidez, Wayment, Baker, Adams & Wheeler, 2019; Papadakaki, Lionis, Saridaki, Dowrick, Brún, O'Reilly-de-Brún & MacFarlane, 2017; Sánchez-Ojeda, Alemany, & Gallardo, 2017; Griffiths et al, 2017; Zucchi & Inoue, 2018). Pelo supracitado, julga-se relevante uma investigação que possa produzir conhecimento científico sobre o cuidado de imigrantes no âmbito da saúde.

A seguir serão apresentados o objetivo geral e objetivos específicos desta pesquisa, assim como a fundamentação teórica e o método utilizados para atingir seu propósito. Após, serão apresentados os resultados obtidos com a investigação discutidos a partir de quatro categorias de análise: 1. Significados da migração para ACSs; 2. Condições de acesso aos serviços de saúde pública; 3. Demandas de cuidado dos imigrantes; 4. Práticas de acolhimento. Por fim, são feitas considerações finais a respeito do encontrado com esta pesquisa e seu processo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender o acolhimento realizado por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) à imigrantes na cidade de Florianópolis.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os significados atribuídos por ACS à imigração;
- Nomear as condições de acesso aos serviços de saúde pública para imigrantes na percepção de ACS;
- Identificar as principais demandas de cuidado em saúde apresentadas por imigrantes na perspectiva de ACS;
- Descrever as práticas de acolhimento de ACS em resposta às demandas de cuidado em saúde de imigrantes;

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo terá como objetivo apresentar o aporte das teorias utilizadas na compreensão do fenômeno estudado. Para tal, pretende-se apresentar conceitualmente o fenômeno migratório, seus impactos psicossociais na vida dos que imigram e as possibilidades de acolhimento por meio do sistema de saúde. Por último, apresentamos a Etnopsiquiatria, perspectiva teórico-metodológica adotada para compreensão de sujeito e cultura que norteará este trabalho.

4.1 Processo migratório

A migração é um fenômeno multicausal presente em toda a história da humanidade. Seja qual for a época histórica ou o território, o movimento populacional e suas consequências de alguma forma estiveram presentes. Entendemos aqui a imigração como um processo dinâmico, que não encontra seu fim no atravessamento de uma fronteira internacional ou de Estado. Em termos psíquicos e sociais, a imigração é muito mais do que um movimento populacional que compreende qualquer deslocamento de pessoas ou grupos, independentemente de sua extensão, composição ou causas, apesar de ser esta sua definição conceitual (OIM, 2009).

Este estudo não se limitará a abordar um tipo de imigração (voluntária ou involuntária) como foco, são de interesse as migrações internacionais como um todo. Entretanto, entende-se que as condições em que ocorrem as etapas do processo migratório, – 1) pré-migratório: período anterior ao deslocamento; 2) partida: saída do país de onde migra e; 3) chegada ao país de acolhimento – além das predisposições psicológicas individuais, determinam como se dará a integração no novo contexto (Martins-Borges, 2013; Boeira-Lodetti, 2017).

Quando voluntárias, as migrações exemplificam a autonomia, a possibilidade de escolhas de vida e a liberdade de transitar. No entanto, quando são involuntárias, representam discontinuidades e perturbações das formas de vida conhecidas até então. Apesar de as migrações involuntárias permearem cada vez mais o cotidiano mundial, elas não podem ser naturalizadas. Mesmo sendo a única possibilidade de sobrevivência de milhões de pessoas, elas, ao mesmo tempo, sempre representam uma grave violação de direitos humanos (Jubilut, Frinhani & Lopes, 2018; Zucchi & Inoue, 2018)

Se de um lado a liberdade de escolha constitui o motor fundamental para dar início a um processo migratório voluntário, de outro, é a compulsoriedade o fator principal que motiva o deslocamento forçado. As imigrações involuntárias dizem respeito a situações internas e internacionais de mobilidade humana em função de bem-fundado temor de perseguição

relacionado a questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a grupo social específico ou opinião política, grave e generalizada violações de direitos humanos, questões ambientais e crises humanitárias sofridas por pessoas que não podem valer-se da proteção do seu país (Moreira & Sala, 2018; OIM, 2009). Ainda que estas pessoas sejam obrigadas a deixar seus países em situações adversas, de violência e medo, elas carregam consigo o desejo de uma vida melhor e em condições dignas no país onde chegam (Moreira & Sala, 2018). Não se trata apenas do direito de imigrar, como preconizado no artigo XIII da Declaração Universal dos Direitos Humanos, mas de imigrar com direitos (Paris, 1948).

Neste sentido, é importante refletir sobre as causas estruturais das migrações involuntárias para desenvolver uma arquitetura internacional de proteção a pessoas e grupos nestas condições. Só assim se possibilitará que eles acessem e gozem de seus direitos enquanto migrantes e, principalmente, enquanto seres humanos. As migrações involuntárias contam, ainda hoje, com uma regulamentação internacional insuficiente, seja em função da inexistência de regras específicas que considerem sua multicausalidade, seja em decorrência da violação dos direitos já assegurados (Jubilut, Frinhani & Lopes, 2018).

De acordo com o relatório divulgado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados – ACNUR, em 2019 cerca de 79,5 milhões de pessoas de todo mundo foram forçadas a deixar seus locais de origem por diferentes tipos de conflitos e violações de direitos humanos (ACNUR, 2020). No cenário brasileiro, segundo dados divulgados pelo Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), ao final de 2020 havia 57.099 pessoas refugiadas reconhecidas pelo Brasil. A nacionalidade com maior número de pessoas reconhecidas como refugiados foi a venezuelana (46.412), seguida pela síria (3.594) e congoleza (1.050) (Silva, Cavalcanti, Oliveira, Costa & Macedo, 2021)

No âmbito legislativo, o Art. 5º da Constituição de 1988 do Brasil garante, aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (Brasil, 1988). Antes mesmo da referida constituição, o imigrante tinha sua situação jurídica definida através da Lei nº 6.815 de 1980, conhecida por Estatuto do Estrangeiro (Brasil, 1980). Nesta lei, criada durante a Ditadura Militar brasileira (1964 – 1985), a preocupação central era resguardar os interesses nacionais. Nela o imigrante é entendido e classificado como estrangeiro; um estranho ameaçador à soberania e segurança nacional. Nessa compreensão, há pouca possibilidade de ver o sujeito, antes de sua condição legal.

Na Nova Lei da Migração de 2017 (Lei nº 13.445/17) o imigrante passa a ser visto sob a ótica dos direitos humanos (Brasil, 2017). Ela vem adicionar um teor humanitário ao antigo

Estatuto, sancionado em um contexto histórico onde os direitos humanos não eram prioridade. Assim, a Lei da Migração registra uma importante mudança de paradigma na compreensão de pessoas em situação de deslocamento internacional: elas passam a ser compreendidas como sujeitos de direitos, não mais como uma ameaça (Assis, 2018).

Neste sentido, a lei de 2017 representa um avanço, pois firma a responsabilidade do Brasil não somente em receber, mas também de promover inclusão social e produtiva do imigrante por meio de políticas públicas. No entanto, poucas medidas concretas foram tomadas para que haja esse tipo de inclusão e acolhimento para esta população. Por isso, no contexto brasileiro atual, o acolhimento e a integração de imigrantes dependem da implicação da sociedade civil organizada por meio de ONGs ou de instituições ligadas à igreja católica (principalmente), haja vista a falta de políticas públicas específicas que garantam o acesso à saúde e ao bem-estar previstos nos dispositivos legais supracitados (Boeira-Lodetti, 2017).

Entende-se que para promover o acesso aos direitos não são suficientes apenas garantias legais, previstas em documentos. Assim, acesso e acessibilidade dizem respeito às condições que possibilitam ou não pessoas de diferentes origens culturais usufruírem de seus direitos. Deste modo, é importante que se conheça as características culturais e históricas dos países de origem dos imigrantes que buscam os serviços de saúde, por exemplo. Esta medida estimula que os serviços de atenção desenvolvam metodologias de acolhimento culturalmente competentes, ou seja, que suas intervenções sejam pautadas na sensibilidade cultural (Boeira-Lodetti, 2017; Briggs, 2011; Dow, 2011).

Não é incomum, por parte dos imigrantes, o desconhecimento sobre como acessar o sistema de saúde no novo país. Por outro lado, aqueles que tentam ou acessam os serviços de saúde, encontram importantes barreiras como a impossibilidade de comunicação por não falarem o idioma do país de acolhida, o pagamento de taxas ou medo de não ter recursos para tal, o não reconhecimento da igualdade de direitos e de tratamento, além de profissionais de saúde com pouca ou nenhuma capacitação para lidar com diferenças culturais que influenciam no cuidado com a saúde (Zucchi & Inoue, 2018).

Qualquer tipo de imigrante está sujeito a este encontro intercultural, que pode ser vivido de maneira violentadora. Independentemente dos motivos que levaram a imigrar, os efeitos de estar fora de sua cultura de origem, protetora e orientadora, atinge a todos. Por poder gerar vulnerabilidade, não apenas social, mas também psíquica, os efeitos da imigração precisam ser olhados de maneira integral, com uma lente que leve em consideração seu próprio referencial cultural (Martins-Borges, 2013).

4.2 Etnopsiquiatria

A Etnopsiquiatria surge enquanto teoria e proposta metodológica a partir da necessidade de olhar para a diferença cultural em situações de atendimento psicológico de populações oriundas de culturas não-ocidentais (Martins-Borges et al., 2019). Por ser esta uma disciplina diversa e com múltiplas possibilidades de leitura, não se tem a pretensão de neste curto espaço esgotá-la. A Etnopsiquiatria é aqui proposta a fim de compreender a vulnerabilidade psíquica decorrente do processo migratório por intermédio de autores como seu criador Georges Devereux, assim como outros teóricos como Tobie Nathan, Marie-Rose Moro, Jean-Bernard Pocreau e Lucienne Martins-Borges. Para dar início à incursão pela Etnopsiquiatria, será apresentada brevemente sua história, contextualizando seu surgimento. No entanto, o foco deste trabalho serão suas contribuições no campo da imigração.

4.2.1 O nascimento

A história da Etnopsiquiatria começa antes mesmo de seu nome. Pode-se dizer que é a partir de críticas feitas por antropólogos a respeito do proposto por Freud em *Totem e Tabu* (1913) que se inicia o caminho que levará a criação desta disciplina (Barros & Bairrão, 2010). No referido texto Freud cria uma história mítica, a da horda primeva, para explicar a humanização por meio do aparecimento da cultura e o início da vida em sociedade, propondo, para tal fim, a universalidade do complexo de Édipo (Freud, 1913/1990). No entanto, de acordo com alguns críticos, Freud cria este mito baseando-se fundamentalmente em sua própria concepção sócio-cultural de família e, apesar de toda a pesquisa que realizou para escrever este texto, muitos estudiosos da antropologia consideraram que ele assumiu uma postura etnocêntrica (Barros & Bairrão, 2010).

Apesar de o antropólogo Bronislaw Malinowski⁶ não ter sido o único a criticar a teoria freudiana apresentada em *Totem e Tabu*, pois outros autores importantes desta disciplina como Claude Lévi-Strauss⁷ também o fizeram, a crítica feita por Malinowski talvez tenha sido a disparadora para dar início ao movimento que culmina na criação da Etnopsiquiatria. Malinowski se opõe não apenas à teoria de origem da cultura proposta por Freud, mas também à sua postura etnocêntrica de não levar em consideração a diversidade das configurações familiares e sociais em outras culturas diferentes da sua. Para ele, Freud construiu sua teoria

⁶ Malinowski, B. (1927). *A vida sexual dos selvagens*.

⁷ Lévi-Strauss, C. (1949). *As estruturas elementares do parentesco*.

através de uma observação laboratorial, que considerou apenas seu próprio modelo de família patrilinear ariana, originado na cultura romana (Barros & Bairrão, 2010).

Com o objetivo de reunir elementos que sustentassem a teoria da universalidade do complexo de Édipo e refutassem as críticas que vinha recebendo a psicanálise, o etnólogo e psicanalista Géza Róheim (1891-1953), a convite de Freud, parte para Nova Guiné em 1928, região onde Malinowski havia realizado seus estudos entre 1915 e 1917 (Boeira-Lodetti & Martins-Borges, 2020; Barros & Bairrão, 2010). O principal resultado, que aqui nos interessa, obtido nesta incursão feita por Roheim, foi a hipótese que propõe a universalidade do trauma infantil vivido na singularidade de cada cultura (Boeira-Lodetti & Martins-Borges, 2020).

Esta hipótese mais tarde torna-se essencial para a constituição da Etnopsiquiatria, fundada enquanto disciplina por Georges Devereux (1908-1985) em 1970 (Martins-Borges et al., 2019; Barros & Bairrão, 2010). Ao articular conhecimentos advindos da Psicanálise, Antropologia e Etnologia, Devereux, que era etnólogo e psicanalista, cria a Etnopsiquiatria propondo uma ciência pluridisciplinar que objetiva estudar a relação entre indivíduo, sociedade e cultura utilizando a Psicanálise e a Etnologia em complementaridade (Martins-Borges et al., 2019; Devereux, 1981). Partindo desta compreensão, a Etnopsiquiatria cria e se baseia no postulado da universalidade psíquica dos sujeitos constituída na particularidade da cultura de origem de cada sujeito (Martins-Borges et al., 2019; Laplantine, 1998).

4.2.2 Etnopsiquiatria, imigração e cultura

Tal qual a Psicanálise, a Etnopsiquiatria nos oferece um modelo teórico para compreensão do sujeito e um método de intervenção. O psicólogo e psicanalista Tobie Nathan, que estudou com Georges Devereux, criou um modelo de intervenção em 1979, colocando em prática a teoria da Etnopsiquiatria (Martins-Borges et al., 2019). Sua proposta de intervenção, posteriormente multiplicada por outros clínicos, estrutura-se pela coterapia. O grupo de coterapeutas é composto por profissionais que juntos buscam olhar para um mesmo paciente. Esta formação, pluridisciplinar, orienta sua atuação a partir do princípio da complementaridade entre a psicanálise e a etnologia. Voltado, sobretudo, ao atendimento de populações imigrantes, Nathan fundou no ano de 1993 em Paris, o *Centre Georges Devereux*. Ligado ao departamento de psicologia da Universidade Paris VIII Saint-Denis, onde seu fundador é professor emérito, este é também um centro de pesquisa e formação.

Assim, a Etnopsiquiatria se configura como possibilidade teórica e terapêutica para pensar e tratar questões referentes à saúde mental de populações migrantes, oriundas de outros contextos culturais (Martins-Borges et al., 2019). Sua principal contribuição, podemos dizer,

é a de oferecer recursos metodológicos de intervenção para desenvolver um trabalho que respeite e acolha a diversidade cultural (Barros & Bairrão, 2010). Desde Nathan, a Etnopsiquiatria dedica-se principalmente a estudar a imigração e seus impactos psicossociais, apesar de em alguns países, como no Canadá, ser também utilizada em estudos e intervenções com outras populações, como indígenas, por exemplo.

O processo migratório, independentemente de suas características e duração, pode representar para o sujeito um evento traumático. Para a psicanálise, o trauma refere-se a um acontecimento caracterizado por sua intensidade. No entanto, o transtorno e, principalmente, a incapacidade que o sujeito se encontra para reagir a ele de forma adequada desenhando as características do traumático (Laplanche & Pontalis, 2001). Esse acontecimento, que diz respeito a um excesso, fica fora da metabolização psíquica, ou seja, ele não pode ser “digerido”, traduzido em palavras, simbolizado (Barros & Deschamps, 2018).

A mudança da lógica cultural em decorrência da imigração pode desencadear no sujeito um estado de *non sense*, de falta de sentido, desconexão, pois a cultura coloca à disposição do sujeito uma grade de leitura do mundo. Ela possibilita certa previsibilidade dos acontecimentos, permitindo-o, de certa forma, “dominar” a violência do imprevisível (Moro, 2015). Se antes, em seu contexto cultural de origem, existia uma coerência simbólica, após a imigração, tal coerência – e as estratégias de defesa que dela decorrem – podem se tornar, mesmo que momentaneamente, menos eficazes. Essa experiência de perda de coerência e, por conseguinte, de coesão ao grupo social, resulta das diferenças encontradas no novo contexto cultural onde as lógicas de organização social não mais são familiares (Martins-Borges et al., 2019; Martins-Borges, 2013; Martins-Borges & Pocreau, 2009).

Para a Etnopsiquiatria a articulação entre cultura e psiquismo é dinâmica e permanente, e o sofrimento, que faz parte da experiência universal do sujeito, encontra sua expressão sintomática e sua compreensão codificadas através dos elementos culturais. Partindo, então, da concepção de que a cultura é como a face externa dos processos psíquicos, utiliza o duplo discurso, da psicanálise e da etnologia, para escutar os sintomas (Martins-Borges et al., 2019; Martins-Borges & Pocreau, 2009; Laplantine, 1998).

Nesta compreensão não se trata apenas, ou principalmente, de buscar um quadro diagnóstico ao qual o imigrante se “encaixe”, apesar de reconhecer a importância que um diagnóstico bem realizado terá no prognóstico de posterior tratamento de qualquer doença. Sua principal diferença em relação a outras abordagens, inclusive em relação à psicanálise, é a importância concedida à especificidade cultural. Assim, a Etnopsiquiatria por meio da complementaridade, busca acessar o sofrimento, sua etiologia e as possibilidades de

tratamento a partir do referencial cultural do sujeito em atendimento. A cultura oferece formas para o sujeito de ser e estar no mundo, assim, não há “humano” sem cultura (Nathan, 1993 apud Martins-Borges et al., 2019). Neste sentido, para a Etnopsiquiatria, uma prática que busca olhar para o sofrimento psíquico necessariamente deve recorrer à cultura para tal.

Ao possibilitar a mediação entre a realidade externa e o mundo psíquico, a cultura permite ao sujeito organizar e dar sentido a experiências que vive; significá-las e, assim, tornar suportável a existência (Martins-Borges & Pocreau, 2009). No tratamento proposto pela Etnopsiquiatria a imigrantes busca-se reestabelecer a conexão entre o sujeito e sua cultura por considerar que esta ligação pode ficar fragilizada no processo migratório. Criando em conjunto, o grupo terapêutico procura reativar os recursos do sujeito de ser, de cuidar, de elaborar lutos, de criar novos vínculos e de diminuir o sofrimento neste novo contexto cultural. Pretende-se, tomando este caminho, gerar possibilidades para que o sujeito construa um pertencimento e retome a continuidade de si (Machado et al., 2019; Martins-Borges et al., 2019).

Ser papel da cultura estabelecer o que é “normal” e as formas de conduta para exercê-lo talvez não seja novidade, mas frequentemente é esquecido que o outro lado desta “moeda”, ou seja, os “*modelos de inconduta*” também são determinadas por ela (Pelbart, 1989). Assim como define o que é familiar, determina também o que é estranho e por ser o outro lado de uma mesma moeda, o encontro com o mal-estar, com o Outro encarnado na pele do imigrante, pode ser vivido como o encontro com o *infamiliar* (Freud, 1919/2019). É, pois, olhando para a diferença percebida na relação com o outro, com o não-semelhante, que reside a potência da Etnopsiquiatria. É precisamente no reconhecimento da alteridade que estão alicerçadas suas intervenções e investigações (Martins-Borges et al., 2019).

A prerrogativa da Etnopsiquiatria é tratar das exceções. Ela surge da incapacidade das abordagens baseadas em uma lógica biomédica ocidental para construir hipóteses que pudessem explicar o mal-estar vivido por pessoas de grupos culturais tradicionais deslocadas do seu contexto sócio-cultural. Para buscar respostas que sejam suficientes, aquele que se vale da Etnopsiquiatria assume uma posição de aprendiz em sua atuação: “Vai junto com o outro, nesse encontro intercultural, construir uma hipótese coerente culturalmente, uma hipótese que acolha o sujeito, assim como seu sofrimento” (Martins-Borges et al., 2019, p. 253).

4.3 Saúde, cultura e imigração: acolhimento e competência cultural

De modo geral, como visto nas seções anteriores, a origem cultural tem influência significativa em muitos aspectos da vida das pessoas. Crenças, comportamentos, emoções e

atitudes em relação à doença, dor e outras formas de infortúnio são influenciadas pela origem cultural do sujeito, tendo implicações diretas em sua saúde e nos cuidados que despende para sua manutenção. Apesar disso, ela não é a única a exercer influência; fatores individuais, educacionais, socioeconômicos e ambientais também atuam nas crenças e comportamentos relacionados à saúde (Helman, 2009).

A cultura é o reservatório dos significados compartilhados por um grupo social, mas ela nunca é homogênea. Outros fatores, tais como os supracitados, vão imprimir singularidade aos processos de saúde-doença de cada indivíduo, portanto, ela deve ser considerada evitando, porém, generalizações amplas a partir de indivíduos de um grupo (Helman, 2009). Quando chega a um novo país, o imigrante traz consigo sua história pessoal e sua carga cultural e quando adoece, elas irão atuar para significar a experiência que vive. Em situações como esta, quando conseguem acessar o sistema de saúde do país de acolhida - via de regra organizado por meio da concepção cultural de saúde-doença deste país - imigrantes e profissionais de saúde por vezes vivem um choque cultural decorrente do encontro com a alteridade.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído com a promulgação da Constituição de 1988, oferece a todo cidadão brasileiro e imigrante residente no país, acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde (Brasil, 1990). Diferente de outros países, o acesso gratuito a serviços de saúde no Brasil não diferencia indivíduos segundo sua nacionalidade e este direito está garantido por lei (Zucchi & Inoue, 2018). A partir desta Constituição, a única condição para se ter direito a acessar os serviços e ações de saúde, é precisar deles (Brasil, 1990). Mas como se dá este acesso, quando não se é brasileiro e não se fala português?

A Atenção Primária em Saúde (APS) é um componente chave dos sistemas de saúde e a porta de entrada para acessar o SUS em nosso país. Ela é uma estratégia de organização dos sistemas de saúde, representando o primeiro ponto da rede de atenção e também um modelo de mudança do paradigma clínico-assistencial dos profissionais de saúde. A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária se dá por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde de forma integral e continuada (Oliveira & Pereira, 2013). Colocadas em prática pelas equipes de Saúde da Família (eSF), todas as ações seguem os princípios e diretrizes do SUS.

A Universalidade, a Equidade e a Integralidade, são mais do que apenas os princípios doutrinários e a ideologia por detrás do SUS, são eles que preconizam que todos tenham direito aos serviços públicos de saúde, sendo dever do Estado, por meio das instâncias municipais, estaduais e federais garantir o acesso. Além disso, asseguram ações e serviços de todos os

níveis - de acordo com a complexidade que cada caso requer - e que cada sujeito seja atendido conforme suas necessidades, respeitando o limite do que o sistema pode oferecer para todos. Por fim, são eles que exigem que o sujeito seja compreendido em sua integralidade e que as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde formem um todo indivisível não compartimentalizado (Brasil, 1990).

Políticas e diretrizes específicas também orientam a gestão dos serviços e as práticas dos profissionais no cotidiano dos serviços de saúde. A Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS) lançada em 2003, tem como finalidade informar a organização dos processos de trabalho em saúde a partir de orientações clínicas e pressupostos éticos e políticos (Zucchi & Inoue, 2018). O acolhimento, um dos conceitos mais importantes que norteiam essa política, reivindica uma postura ética dos profissionais na escuta do usuário, reconhecendo o protagonismo deles no processo de prevenção, promoção e proteção de saúde. Assim, o acolhimento tem como objetivos a construção de relações de confiança e o vínculo entre as equipes/serviços e os usuários (Brasil, 2004).

Dito isto, espera-se então, que quando um imigrante acesse um serviço de saúde, independe de qual profissional o atenda, que ele seja acolhido em sua singularidade; que receba o tratamento mais adequado à sua queixa, de acordo com suas especificidades culturais. É fundamental, portanto, que o acolhimento ocorra desde seus primeiros contatos com diferentes tipos de cuidados buscados na atenção à saúde. Nessa proposta, o acolhimento transcende a relação técnica entre os serviços de saúde e usuários, adquirindo um sentido amplo de escuta qualificada, postura não discriminatória e culturalmente sensível em uma relação de empatia que não necessariamente demanda que o profissional que o acolha seja um profissional de saúde mental (Zucchi & Inoue, 2018).

Oferecer atendimento em saúde à população levando em consideração suas especificidades é responsabilidade de todos os profissionais do SUS e, especialmente, os da Atenção Básica. Pois, suas ações de prevenção e promoção de saúde no território possuem impactos diretos na comunidade que ali habita, portanto, devem sempre considerar suas singularidades. Isso possibilita intervenções mais adequadas, que tem o potencial de ampliar o acesso à rede de atenção à saúde e oferecer uma atenção integral. Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas (Brasil, 2017).

Como parte da equipe de Saúde da Família (eSF), as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são consideradas o elo entre a atenção primária e a comunidade. Sua atuação deve ser orientada a partir das necessidades do território, em uma microárea sob sua responsabilidade cuja população não ultrapasse 750 pessoas. Sempre visando a integralidade do cuidado no

território e priorizando a população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico, as atividades das ACS tem grande potencial para promover a vinculação da população ao serviço de saúde de referência (Brasil, 2017).

De acordo com o artigo 8º da Lei 11.350/2006, as ACS devem estar submetidas ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se a lei local (dos Estados, Distrito Federal e ou Municípios) dispuser de forma diversa (Brasil, 2006). Esta lei determina também as atribuições profissionais das ACS, portanto, são de sua responsabilidade, por exemplo, atividades de monitoramento e coleta de informações sobre o território e seus moradores e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica. Esses dados fornecem elementos para analisar a situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território e possibilitam ações de prevenção e promoção de saúde mais adequadas à população local. Além disso, as ACS devem desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita ao CS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.

Poderão, ainda, ser atividades das ACS – de caráter excepcional e após treinamento específico – realizar procedimentos, durante a visita domiciliar, tais como: aferição de pressão arterial, medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar, técnicas limpas de curativo e orientação para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade. As ACS são também responsáveis por informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados (Brasil, 2017). Assim, com tantas atividades ligadas diretamente à população, elas estão em constante e íntimo contato com a vida da comunidade local, da qual, inclusive, fazem parte.

Nesta perspectiva, considera-se que as ACS são figuras centrais para que haja vínculo entre os Centros de Saúde e a comunidade imigrante local. Dado o caráter de duplo pertencimento de sua posição, agente de promoção de saúde e ao mesmo tempo sujeito pertencente ao território de atuação, a existência das ACS torna-se uma estratégia essencial para que exista uma proximidade entre a população da área de abrangência e o CS. São as ACS, muitas vezes, as primeiras a tomarem conhecimento da realidade de imigrantes/famílias imigrantes no território, tendo possibilidade de criar um estreito contato com essas pessoas e aproximá-las do CS (Losco & Gemma, 2019).

Por sua condição de “agente dupla”, estas profissionais podem ter acesso desde questões relacionadas à vida conjugal e familiar dos moradores e usuários, até doenças

causadas por falta de saneamento básico em uma localidade do território, por exemplo. Esses conhecimentos se mostram ainda mais necessários quando se trata da população imigrante, pois por vezes estes se encontram em situação de vulnerabilidade e exclusão social. Os sujeitos que habitam o território são vizinhos e até familiares das ACS e com elas compartilham as dificuldades enfrentadas, assim possibilitando condições diferenciadas para estas profissionais de acolher a população (Losco & Gemma, 2019).

Assim, essas possibilidades de contato e acolhimento envolvem competências desenvolvidas por meio da vivência das ACS enquanto profissionais, mas também enquanto moradoras e integrantes do território. No entanto, apesar do acolhimento ser uma diretriz de atuação transversal no SUS, tal como descrito, quando diz respeito aos imigrantes, os serviços de saúde contam com recursos especializados limitados para realizá-lo, assim como com a falta de capacitação dos profissionais em relação à competência cultural (Zucchi & Inoue, 2018). Estudos realizados em todo o mundo mostram que a competência cultural tem implicações positivas no atendimento a populações multiculturais tornando-se, portanto, urgente investir no desenvolvimento de intervenções culturalmente sensíveis como forma de promover atuações com imigrantes mais eficazes em hospitais e centros de saúde (Gonçalves & Matos, 2016).

Apesar de a competência cultural no cuidado ser mencionada em uma das diretrizes do SUS (a saber, na “Participação da Comunidade”), neste caso ela se refere apenas ao que diz respeito à autonomia da comunidade em utilizar seus referenciais culturais para construção de seu próprio cuidado com a saúde. Nada é mencionado a respeito da competência cultural como um conjunto de comportamentos e atitudes desejadas para melhorar a qualidade do atendimento dos profissionais quando realizado com grupos culturais diversos (Brasil, 2017).

A competência cultural, na área da saúde, é entendida como um processo contínuo em que tanto serviço quanto profissional de saúde estão constantemente buscando desenvolver a capacidade de trabalhar de forma congruente com o referencial cultural do cliente (Gonçalves & Matos, 2016; Campinha-Bacote, 2002). Esse processo envolve a integração de consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural, encontros culturais e desejo cultural em suas práticas (Campinha-Bacote, 2002). A competência cultural tem por objetivo desenvolver respeito pelas diferenças em relação a crenças e comportamentos de cuidado com a saúde, reconhecer as variações que ocorrem entre os diferentes grupos e ajustar sua prática para fornecer intervenções adaptadas culturalmente (Gonçalves & Matos, 2016).

Assemelhando-se à proposta da Etnopsiquiatria, a competência cultural é um processo contínuo e interativo de descentramento e para isso contribuem fatores como a formação

prévia em competência cultural, o tempo de serviço e as atitudes do profissional em relação à diversidade. O modelo de competência cultural de Campinha-Bacote (2002), por exemplo, envolve a integração de um conjunto de constructos (consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural, encontros culturais e desejo cultural) que podem auxiliar o desenvolvimento e implementação de serviços de serviços de saúde culturalmente responsivos.

Apesar de pesquisas concluírem a importância de desenvolver competência cultural para o acolhimento intercultural, são escassos os estudos que esclarecem em que medida os profissionais das mais diversas áreas (saúde, educação, social, criminal) se sentem incapazes de intervir quando confrontados com populações provenientes de meios culturalmente distintos. Trabalhos nessa área poderiam potencializar o desenvolvimento de serviços de melhor qualidade, fomentando investimento na formação de profissionais em relação à competência cultural e a adoção de abordagens culturalmente adequadas nas instituições de atendimento (Dias et al, 2010; Gonçalves & Matos, 2016; Griffiths, Tarricone, Berardi, Donegani, Fioritti, Maisto, ... Spigonardo, 2017; Henderson, Reis & Nicholas, 2015; Hultsjö & Hjelm, 2005; Nicholas, Fleming-Carroll, Durrant & Hellmann, 2017; Palmer-Wackerly, Chaidez, Wayment, Baker, Adams, & Wheeler, 2019; Papadakaki, Lionis, Saridaki, Dowrick, Brún, O'Reilly-de-Brún & MacFarlane, 2017; Sánchez-Ojeda, Alemany & Gallardo, 2017; Sandhu, Bjerre, Dauvrin, Dias, Gaddini,... Priebe, 2013; Terraza-Núñez, Vázquez, Vargas, & Lizana, 2015; Vázquez, Terraza, Vargas & Lizana, 2009).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Realizou-se uma revisão de literatura integrativa com o objetivo de verificar a produção científica sobre o processo de acolhimento a imigrantes na perspectiva de pessoas que trabalham no âmbito da saúde. Além disso, as informações encontradas nesta revisão fornecem subsídio para fundamentar teoricamente essa pesquisa.

5.1 Método

Para realizar esta revisão utilizou-se o método de busca sistemática Systematic Search Flow (SSF) desenvolvido por Ferenhof & Fernandes (2016), o qual prevê um planejamento e sistematização rigorosos das buscas em base de dados científicas de estudos originais e uma compilação os resultados em um portfólio bibliográfico. Este método é estruturado em 4 fases e 8 atividades sequenciais. A Fase 1, “Definição do protocolo de pesquisa”, foi composta pelas atividades de construir a estratégia de busca, consultar as bases de dados pré-determinadas,

realizar a gestão de documentos, padronizar e seleção dos documentos e, por fim, fazer a composição do portfólio a ser utilizado para a próxima fase. A Fase 2, “Análise”, consistiu na consolidação dos dados encontrados. Na Fase 3, “Síntese”, as conclusões sobre o tema foram construídas e, então, condensadas em relatórios que forneceram subsídio para a quarta e última fase: a escrita científica fundamentada nos resultados obtidos com a revisão (Ferenhof & Fernandes, 2016).

Para a realização das buscas, estabeleceu-se de forma prévia critérios de inclusão e exclusão para seleção dos artigos, os descritores e as bases de dados a serem consultadas (Tabela 1). Foram escolhidas cinco bases de dados eletrônicas, a saber, Scielo, PsycINFO, Biblioteca Virtual em Saúde [BVS], Web of Science e Scopus, com os objetivos de abarcar as principais fontes de dados em saúde, em consonância com o tema da pesquisa, e de obter produções oriundas de diversos países.

Nas estratégias de buscas empregou-se variações dos descritores “migração”, “refúgio”, “imigração”, “pessoal de saúde”, “assistência social”, “atenção primária”, “hospital” e “atendimento” em português, inglês e espanhol. Cada base de dados exigiu pequenas adaptações na estratégia de busca em função das características de busca de suas plataformas. Os descritores em português e seus correspondentes nas outras línguas foram inseridos nessa ordem na estratégia de busca, utilizando os operadores booleanos “OR” e “AND” para relacionar os descritores e construir uma estratégia de busca mais assertiva e eficaz.

Foram selecionados, por meio da leitura dos títulos, resumos e palavras-chaves, 111 artigos para a leitura integral. Esta leitura permitiu mais uma filtragem para excluir os artigos que não demonstravam aderência e coerência suficiente com o objetivo da revisão. Ao fim desta etapa foram selecionados 65 artigos, organizados em um portfólio com o auxílio do software Mendeley®, para posterior análise.

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão

Critério	Característica	Incluir	Excluir
Tipo de estudo	Qualitativo	x	
Tipo de estudo	Quantitativo	x	
Tipo de estudo	Qualitativo + Quantitativo	x	
Área geográfica	Brasil ou outros países	x	
Período de tempo	10 anos (2009 - 2019)	x	
Idioma	Português, inglês ou espanhol	x	
Campo de pesquisa	Serviços da área da saúde	x	
Campo de pesquisa	Outros serviços		X
Participantes	Profissionais que atendem imigrantes em serviços de saúde		
Tipo de literatura	Artigo	x	
Tipo de literatura	Artigo de revisão e outros		X
Acesso	Open	x	
Participantes	Profissionais da saúde e/ou da assistência social + outra categoria		X

Fonte: Produção da autora

A obtenção dos dados foi realizada em concomitância à leitura e seleção dos artigos através da elaboração de fichas sintéticas sistematizadas pela ferramenta *Google Forms*. Foram extraídas dos artigos as seguintes informações para análise: ano de publicação, idioma do artigo, local de realização da pesquisa, profissão dos participantes, nível de complexidade em saúde do contexto de pesquisa, método utilizado na pesquisa, abordagem teórica da pesquisa, principais resultados, conclusões e recomendações. Verificou-se também se havia ou não a indicação para o desenvolvimento de competência cultural em relação aos profissionais sujeitos da pesquisa e os serviços onde atuavam.

5.2 Resultados e discussão da revisão de literatura

Os dados extraídos mostram um aumento progressivo de publicação de artigos sobre pesquisas que têm como tema de interesse profissionais da saúde que atendem imigrantes. No período escolhido para análise, ou seja, de 2009 a 2019, o primeiro ano teve apenas 3 publicações encontradas sobre esta temática, ano com o menor número de publicações. Já 2019, último ano analisado, contou 13 publicações, sendo assim o ano com o maior número de publicações do período analisado. Levando em consideração também o aumento da migração internacional, o crescimento da produção científica sobre esta temática evidencia a necessidade de qualificação da atuação profissional diante da diferença cultural e suas implicações na relação de cuidado, seja nas práticas de saúde ou assistência social (International Organization for Migration [IOM], 20119).

Esta informação pode evidenciar um esforço acadêmico para compreender melhor as questões referentes à competência cultural. Contudo, ainda que sejam realizadas mais

pesquisas e publicados mais artigos, 42 dos artigos analisados indicaram ainda a necessidade de desenvolver mais atividades de formação e capacitação em competência cultural para os profissionais acerca da temática.

Em relação aos idiomas de publicação, 47 artigos, ou seja, a maioria, foram publicados em inglês, 12 em espanhol e 6 em português. E a maior parte das pesquisas foram realizadas na Europa (42), em segundo lugar na América do Norte (9), em terceiro na Oceania (7), seguido da América do Sul (6) e por último na Ásia (2). Estas informações evidenciam a predominância da produção acadêmica sobre esta temática no eixo-norte global.

As pesquisas qualitativas (49) foram mais expressivas do que as quantitativas (7) ou quanti-quali (10). Os instrumentos de coleta de dados eram majoritariamente de caráter qualitativo também, sendo as entrevistas semiestruturadas (35) ou grupos focais (15) os mais populares. Em relação à abordagem teórica, a maioria das pesquisas (52) não declarou um posicionamento epistemológico definido.

Os profissionais da medicina (47) e da enfermagem (41) foram os mais entrevistados nas pesquisas analisadas. Cabe ressaltar que as ACS não foram participantes de nenhuma das pesquisas analisadas, o que confirma a necessidade de se realizar mais estudos com estas profissionais e reforça a relevância científica da presente pesquisa.

De acordo com uma visão hierárquica dos serviços de saúde, que usa como critério o nível de complexidade tecnológica, a maior parte das pesquisas (20) entrevistou profissionais que atuavam apenas na atenção primária. Outros 18 estudos tiveram interesse apenas no contexto da alta complexidade e serviços hospitalares. Foram encontradas também pesquisas realizadas em mais de um nível de atenção (13) e outras realizadas em serviços que prestavam cuidado à saúde à imigrantes e refugiados, mas que não estavam inseridos oficialmente na rede de saúde (14). Estes serviços de saúde estavam nos contextos mais diversos como, por exemplo, em ONGs, em campos de refugiados, em setores da igreja que atuam no acolhimento e suporte de imigrantes por todo o mundo, entre outros.

Com a finalidade de sintetizar as contribuições encontradas nestes estudos para responder ao objetivo da presente pesquisa, após a leitura integral dos artigos selecionados foram definidas as seguintes categorias de análise a partir de seus principais resultados: a) barreiras e facilitadores no atendimento a imigrantes e refugiados; b) estratégias adotadas por profissionais no atendimento a imigrantes; c) organização do sistema de saúde; c) questões sociopolíticas que interferem no atendimento. As análises das categorias serão apresentadas a seguir.

5.2.1 Barreiras e facilitadores no atendimento a imigrantes

Os artigos analisados apontam para importantes barreiras percebidas pelos profissionais no cotidiano de cuidado a imigrantes e refugiados. A maior parte deles apontou dificuldades em relação à comunicação em decorrência da diferença linguística, a qual imprime marcas importantes no cuidado oferecido e na comunicação.

A barreira comunicacional pôde ser identificada pelos profissionais de diferentes formas nos artigos analisados. Muitos relataram dificuldade para entender e “traduzir” a demanda apresentada por imigrantes e, por conseguinte, de traçar uma conduta de cuidado. Outras perceberam que há certa dificuldade para alguns imigrantes verbalizarem seu sofrimento ou queixa em uma língua que não a materna. Além disso, por não encontrarem informações em sua língua, imigrantes podem ter dificuldade para compreender o sistema de saúde. Por fim, alguns profissionais relataram que os traumas decorrentes do processo migratório imprimem dificuldade tanto para a nomeação dos imigrantes de algumas questões de saúde, quanto na escuta dos profissionais.

Alguns profissionais relataram que as dificuldades comunicacionais podem ser amenizadas por meio do trabalho com o suporte de mediadores culturais ou intérpretes. No entanto, são apontados como limitante em seus atendimentos a diferença cultural, impressa na construção simbólica e subjetiva dos clientes (Chuah, Tan, Yeo, Legido-Quigley, 2019; Jaeger, Pellaud, Laville & Klauser, 2019; Villadsen, Ims & Andersen, 2019). Assim, as pesquisas mostram que em diferentes níveis de atenção e cuidado, a cultura surge como fator determinante na nomeação e percepção do processo saúde-doença. Este fato, somado à ausência de conhecimento específico na formação profissional direcionada para o descentramento cultural, pode representar para os imigrantes não apenas uma barreira, mas o impedimento do acesso a cuidados (Aizenberg, Rodríguez & Carbonetti, 2015; Rousseau, Oulhote, Ruiz-Casares, Cleveland & Greenaway, 2017; Wamwayi, Cope & Murray, 2019).

As barreiras comunicacionais e culturais podem também, em alguns casos, produzir efeitos de estereotipificação dos imigrantes atendidos no contexto de saúde. Estudos apontam que na impossibilidade de oferecer atendimento igualitário, especialmente para aqueles que não falam a mesma língua, as práticas de saúde são pautadas em conclusões produzidas pelo senso comum sobre as culturas, evidenciando práticas etnocêntricas no espaço de cuidado (Aizenberg et al, 2015; Cano & Sánchez, 2018; Estevana & Ruiz, 2017).

A comunicação entre imigrantes e profissionais é a barreira mais evidente, mas ela traz consigo outras percepções de distância para além do idioma. Percebe-se que esta diferença também é sentida em aspectos socioestruturais, como os papéis de gênero em cada cultura,

por exemplo. Inevitavelmente, esta disparidade acerca de temáticas centrais na construção da subjetividade é projetada nos atendimentos, uma vez que elas refletem nos processos de saúde-doença e produção de sofrimento (Fernández-Castillo & Vilchez-Lara, 2009a; Hémono, Relyea, Scott, Khaddaj, Douka & Wringe, 2018; Mayorga, 2012; Winn et al, 2018).

Contudo, a cultura pode representar tanto uma barreira como um ponto de encontro entre imigrantes e profissionais da saúde. Em situações nas quais quem atende têm conhecimento ou compartilham com os imigrantes atendidos elementos culturais como a língua, a raça, a etnia, a nacionalidade, costumes ou práticas religiosas, a cultura é compreendida como um facilitador (Estevan & Ruiz, 2017; Fernández-Castillo & Vilchez-Lara, 2009a; Hémono et al, 2018). No entanto, quase todos os estudos analisados mostram que, na ausência desta possibilidade de encontro intercultural, é necessário a presença de mediadores culturais nos serviços e/ou o desenvolver de competência cultural.

Jensen, Norredam, Priebe & Krasnik (2013) ressaltam em seu estudo sobre a experiência de clínicos gerais no atendimento a refugiados com problemas de saúde mental na Dinamarca que o trabalho com intérprete cultural é um recurso que vai além da tradução. A comunicação mediada por intérpretes no contexto da saúde é mais do que compartilhar um idioma, pois a comunicação envolve uma série de elementos que adquirem diferentes sentidos quando relacionados a uma cultura específica. Assim, os intérpretes, além da língua, compartilham signos culturais que podem auxiliar em uma compreensão integral do que o paciente está querendo comunicar.

As características de organização dos serviços também aparecem com potencialidade tanto para ser um facilitador nos atendimentos como uma barreira. Trabalhadores que atuam na atenção primária relataram ter maior possibilidade de vínculo com os imigrantes que atendem pela proximidade e frequência de contato que mantêm com os mesmos (Rousseau et al., 2017; Teunissen, Van Bavel, Mareeuw, Macfarlane, Weel-Baumgarten, Muijsenbergh & Weel, 2015). O estudo de Balaam, Kingdon, Thomson, Finlayson & Downe (2016), que entrevistou pessoas que atuavam em instituições como ONGs, ressalta que a organização e o funcionamento deste tipo de instituição também permitem práticas inovadoras e criativas que facilitam os atendimentos com imigrantes. Além disso, este tipo de instituição pode ser uma ponte que vincula os imigrantes com os sistemas de saúde e assistência social do país de acolhida (Balaam et al., 2015).

O trabalho em equipe multiprofissional, que conta com a perspectiva de tratamento de profissionais advindos de diversas formações, foi descrito também como um facilitador. Isto porque cada profissão em seu campo de atuação e conhecimento dispõe de diferentes recursos

e estratégias para poder cuidar dos imigrantes atendidos (Teunissen et al., 2015; Villadsen et al., 2019; Wärdig, Hadziabdic & Hjelm, 2018; Willey, Cant, Williams & McIntyre, 2018). Os estudos evidenciam que profissionais tiveram melhores condições de oferecer um cuidado culturalmente sensível quando dispunham de maior flexibilidade e regularidade de serviços de intérpretes, já que os atendimentos com imigrantes exigem mais tempo e investimento por parte dos profissionais devido às barreiras culturais (Villadsen et al., 2019; Teunissen et al., 2015). Além disso, eles indicam como facilitadores pacientes que possuem uma rede de suporte social de familiares e amigos e que têm conhecimento sobre o sistema de saúde (Wärdig et al., 2018).

5.2.2 Estratégias adotadas por profissionais no atendimento a imigrantes

Para amenizar ou superar as barreiras encontradas nos atendimentos com imigrantes, os profissionais trabalhando na área da saúde relataram nos estudos analisados nessa revisão de literatura uma série de estratégias. Neste sentido, capacitação das equipes de saúde em relação ao fenômeno migratório e a cultura dos imigrantes de diferentes origens surge como uma alternativa (Priebe et al., 2011; Bernal, Cabieses, McIntyre, & Chepo, 2017).

Além disso, ter acesso a dados demográficos, histórico de saúde e detectar as necessidades específicas dos imigrantes atendidos, assim como buscar informações sobre a saúde desta população, foram apontadas pelos profissionais como estratégias. Acredita-se que estes dados podem auxiliar no desenvolvimento de guias de atuação para a prevenção de agravos, melhorando o cuidado em saúde de diferentes grupos de imigrantes (Devillé et al., 2011; Dias, Gama, Silva, Cargaleiro & Martins, 2011; Nakken, Norredam & Skovdal, 2018).

A pesquisa de Priebe et al., (2011) indica que disponibilizar mais tempo e recursos para os atendimentos possibilita desenvolver abordagens flexíveis para dar conta de questões relativas a práticas tradicionais e a condição socioeconômica vulnerável de alguns imigrantes. Ademais, realizar mais visitas domiciliares também emergiu como uma forma de adaptar os atendimentos e contornar as barreiras que surgem do choque cultural entre paciente e profissional/serviço (Willey, Cant, Williams & McIntyre, 2018).

Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre o sistema de saúde, promover educação em saúde e produzir materiais informativos acessíveis para imigrantes são destacadas como maneiras de fortalecer a autonomia dos imigrantes. O investimento em formas de empoderar os imigrantes aparece como uma estratégia com foco não no serviço ou nos profissionais, mas nos pacientes (Priebe et al., 2011; Boerleider, Francke, Reep, Manniën, Wiegers & Devillé, 2014; Richard, Richardson, Jaye & Stokes, 2019).

Para superar a barreira comunicacional, a mais citada nos artigos, os profissionais utilizaram, além de intérpretes, estratégias criativas para estabelecer comunicação com os imigrantes nos atendimentos. Foi relatada como estratégia para superar esta barreira desenvolver competência cultural nos profissionais e serviços, criando espaços sensíveis às diferenças culturais por meio do trabalho em equipes interculturais e de um serviço de intérprete qualificado (Jansky, Owusu-Boakye & Nauck, 2019).

Também foi indicado como recurso utilizar amigos e familiares como tradutores (Jaeger et al., 2019). Além disso, foram listadas como facilitadores estratégias verbais associadas a não verbais, tais como uso de papel e caneta, mímica facial, movimentação das mãos, posturas corporais, tom e volume da voz e toque técnico nos atendimentos ou, em último caso, aceitar a insuficiência comunicacional (Devillé et al., 2014; Kurth, Jaeger, Zemp, Tschudin & Bischoff, 2010; Nakken, Norredam & Skovdal, 2018; Silva, Possas, Barbosa, Araújo & Santos, 2016; Priebe et al., 2011).

No estudo realizado por Winn et al. (2018) em Alberta, Canadá, os profissionais trabalhavam juntos para tentar maximizar a cobertura de saúde de seus pacientes. Eles utilizaram como estratégia para criar condições de oferecer cuidado a refugiados sem seguro de saúde ou acesso gratuito a atendimento, pagar com seus próprios recursos ou recorrer a campanhas de arrecadação. Este fato aponta para a necessidade de se perceber a condição de diferentes tipos de imigrantes. Muitas vezes é justamente por sua condição de imigração que alguns encontram-se em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica, sem dispor de recursos ou conhecimento do sistema de saúde para buscar cuidado. Em consonância com a necessidade de se atentar para a condição específica desta população, o artigo de Hudelson, Dao, Perneger & Durieux-Paillard (2014) sugere que fazer pesquisas sobre o atendimento a imigrantes é importante para desenvolver conhecimento e, assim, melhor atendê-los.

5.2.3 Organização do sistema de saúde

Foram percebidas barreiras além das relacionais entre profissional-imigrante nos atendimentos em saúde. Os artigos apontam que, na perspectiva dos profissionais, as questões estruturais dos sistemas de saúde interferem diretamente na assistência oferecida a imigrantes. O estudo de Bernales et al. (2017), por exemplo, defende que a responsabilização unicamente dos profissionais pela qualificação do serviço oferecido a imigrantes desresponsabiliza o sistema de saúde e o Estado de pensar e articular melhorias de acesso e atenção a pessoas de diferentes origens culturais.

Este fato pode ser associado aos modelos de gestão e financiamento de saúde que se diferem em cada país, os quais nem sempre oferecem acesso universal e gratuito (Hudelson et al., 2014; Chuah et al., 2019; Teunissen et al., 2016; Winn et al., 2017). Por este motivo, por vezes, os próprios trabalhadores não sabem se podem ou não oferecer cuidado em decorrência do status legal dos clientes imigrantes (Dias et al., 2011; Jensen, Norredam, Draebel, Bogic, Priebe & Krasnik, 2011; Fuertes et al, 2010; Kalengayi, Hurtig, Nordstrand, Ahlm & Ahlberg, 2015). Jensen et al (2015) relatam em seu estudo que esta ausência de organização estrutural faz com que os atendimentos a imigrantes exijam maior diversidade de estratégias por parte dos profissionais para abarcar suas necessidades de saúde.

A falta de conhecimento sobre as possibilidades de cuidado dá uma conotação de urgência à busca por atenção em saúde, o que interfere diretamente na organização dos serviços, uma vez que sem vinculação com a atenção primária a continuidade do cuidado fica prejudicada (Barreto, Nascimento, Magini, Oliveira, Vieira & Marcon, 2019; Fernández-Castillo & Vélchez-Lara, 2009; Gistau, Duch, Orpinell, Serra & Rojas, 2010). A dificuldade em acessar e seguir com os atendimentos na atenção primária para imigrantes, revela a dificuldade de comunicação dos sistemas de saúde com esta população, já que a procura por atenção em saúde se dá apenas em momentos críticos.

É notável, portanto, a importância de estratégias em níveis estruturais por parte dos sistemas de saúde que garantam a formação profissional para o atendimento a imigrantes, para que estes possam se vincular à rede de atenção e aqueles possam oferecer um atendimento continuado (Carrasco-Sanz et al., 2017; Cole et al., 2019; Farley, Askew & Kay, 2014; Fernández-Castillo & Vélchez-Lara, 2009a). Uma organização do sistema de saúde acessível e o cumprimento do Estado em estabelecer políticas nacionais de atenção a imigrantes, além de difundir e fomentar a criação de protocolos de cuidado culturalmente sensíveis, são essenciais para o atendimento desta população (Carrasco-Sanz et al., 2017).

5.2.4 Questões sociopolíticas que interferem no atendimento a imigrantes

A vulnerabilidade socioeconômica dos imigrantes pode dificultar ou até mesmo impedir seu atendimento nas redes de saúde e socioassistencial. Os profissionais descreveram o isolamento social e as dificuldades econômicas enfrentadas pelas famílias de imigrantes como resultando em barreiras na promoção de cuidado com esta população (Aizenberg et al., 2015). Portanto, as possibilidades de acesso aos serviços, por exemplo, dependem muitas vezes da capacidade econômica dos imigrantes de arcarem com os custos de transporte.

Deste modo, os imigrantes precisam contar com flexibilidade para se adaptarem aos horários em que se oferecem as consultas e com o suporte de suas redes de apoio sociais e familiares no país de acolhida (Barreto et al., 2019). Corroborando essa constatação de que a vulnerabilidade econômica pode ser uma barreira, os profissionais relatam também que a mudança frequente de residência por falta de recursos econômicos, o medo de denúncia quando em situação irregular, o desconhecimento da lei e do modo de funcionamento do sistema saúde podem condicionar o acesso e utilização dos serviços de saúde (Dias et al., 2011).

Além das questões econômicas, questões sociais como racismo, xenofobia e relações de gênero também atravessam os atendimentos com imigrantes. No estudo de Carneiro, Silveira, Silva & Shikanai-Yasuda (2018), sobre migração boliviana e doença de Chagas no contexto do SUS, a condição das mulheres bolivianas é destacada como extremamente vulnerável, assim, relações de gênero, inserção no trabalho e maternidade são dimensões que apresentam grandes tensões no cotidiano dos serviços. Os profissionais relatam uma grande sensação de impotência frente a determinadas demandas e necessidades específicas desta população.

As diferenças de gênero aparecem com destaque no estudo de Fernández-Castillo & Vilchez-Lara (2009a) sobre as necessidades percebidas na atenção hospitalar pediátrica à imigrantes. Segundo os profissionais entrevistados, em algumas populações de imigrantes o índice de analfabetismo entre as mulheres é muito maior, o que coloca o homem em uma posição de mediador da relação com profissionais de saúde em quase todos os atendimentos. Percebe-se, portanto, que à condição de imigrante, que por si só pode ser produtora de vulnerabilidade, somam-se ainda outras que podem marginalizar e excluir ainda mais estas pessoas, deixando-as de fora do laço social.

6 MÉTODO

6.1 Delineamento de pesquisa

Esta dissertação integra o projeto de pesquisa “Dimensões psicossociais do acolhimento de imigrantes e refugiados em Santa Catarina”, que está em sua segunda etapa. O objetivo geral da presente pesquisa coincide parcialmente com um dos objetivos específicos do Projeto Dimensões, a saber, “Investigar os significados atribuídos à imigração por pessoas envolvidas direta ou indiretamente no acolhimento de imigrantes e refugiados”. O referido projeto, que tem por objetivo apreender os aspectos globais relacionados à dimensão

psicossocial dos imigrantes acolhidos em Santa Catarina, é um projeto guarda-chuva que faz parte dos projetos de pesquisa do NEMPsiC, núcleo de estudos do qual a pesquisadora faz parte.

Optou-se por adotar uma abordagem qualitativa, com objetivos de caráter exploratório-descritivo. A metodologia de investigação qualitativa tem por característica principal estudar não o fenômeno em si, mas o significado individual ou coletivo do fenômeno para os que o vivenciam. Por ter o significado uma função estruturante é a partir do significado atribuído aos fenômenos que as pessoas organizam suas vidas, inclusive, nesta lógica, é a partir dos significados compartilhados que se organizam as formas de cuidado com saúde (Silva, Langdon & Ribas, 2014; Turato, 2005).

De acordo com Gil (2010), o caráter exploratório das pesquisas encontra-se no objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema de pesquisa e torná-lo mais explícito. Já o caráter descritivo, de acordo com o mesmo autor, está no fato de buscar descrever as características do fenômeno estudado na perspectiva das participantes da pesquisa. No que concerne à temporalidade, o estudo se caracterizou como transversal, haja vista que a coleta dos dados ocorreu em um momento fixo e específico da vida das participantes, a saber, de setembro a novembro de 2020 (Creswel, 2010).

6.2 Caracterização do campo de pesquisa

Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina e localizada na região sul do Brasil, tem uma população estimada em pouco mais de 500 mil habitantes atualmente (IBGE, 2020). Fundado em 1673 enquanto município, a ilha de Santa Catarina teve em suas origens uma colonização açoriana, portanto portuguesa. Ainda hoje é majoritária a população branca descendente do continente europeu colonizador na cidade, mesmo que outras populações não-brancas sempre tenham estado presentes (Silva, Rocha & D'Ávila, 2020).

Apesar disso, os diferentes movimentos migratórios têm alterado constantemente o perfil demográfico de Florianópolis. Mais recentemente foram observados, a partir de 2010, importantes fluxos migratórios de haitianos, senegaleses, sírios e venezuelanos tanto para o estado de Santa Catarina, quanto para sua capital (Silva, Rocha & D'Ávila, 2020).

A chegada e a permanência de populações de diferentes nacionalidades, costumes e formas de vida, tem um impacto global na sociedade de acolhida (Martins-Borges, 2013; Martins-Borges & Pocreau, 2009; Pelbart, 1989). Assim, a cidade que recebe tais fluxos migratórios, para acolhê-los, tem que estar preparada para se adaptar às mudanças e desafios

que eles trazem consigo. No âmbito da saúde, área de interesse da presente pesquisa, não é diferente.

Atualmente o município de Florianópolis conta com quatro distritos sanitários: Distrito Sanitário Centro, Distrito Sanitário Continente, Distrito Sanitário Norte e Distrito Sanitário Sul (Figura 1). Cada um deles é composto por uma quantidade variável de dispositivos de saúde e assistência social, como Centros de Saúde, CAPS, CAPSi, CAPSad, CRAS e CREAS distribuídos em diferentes bairros para atender a população do território. Tal população é dinâmica, está em constante mudança pelas chegadas e partidas daqueles que fazem parte do território.

Os distritos sanitários, por definição, são a unidade organizacional mínima do sistema de saúde. Eles têm uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico que deve ser adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior (Gondim et al., 2008). Por uma opção de recorte metodológico, tendo em vista as condições desta pesquisa, suas características e objetivos, mas também os territórios de abrangência dos distritos sanitários do município, apenas dois distritos foram escolhidos como campo de pesquisa.

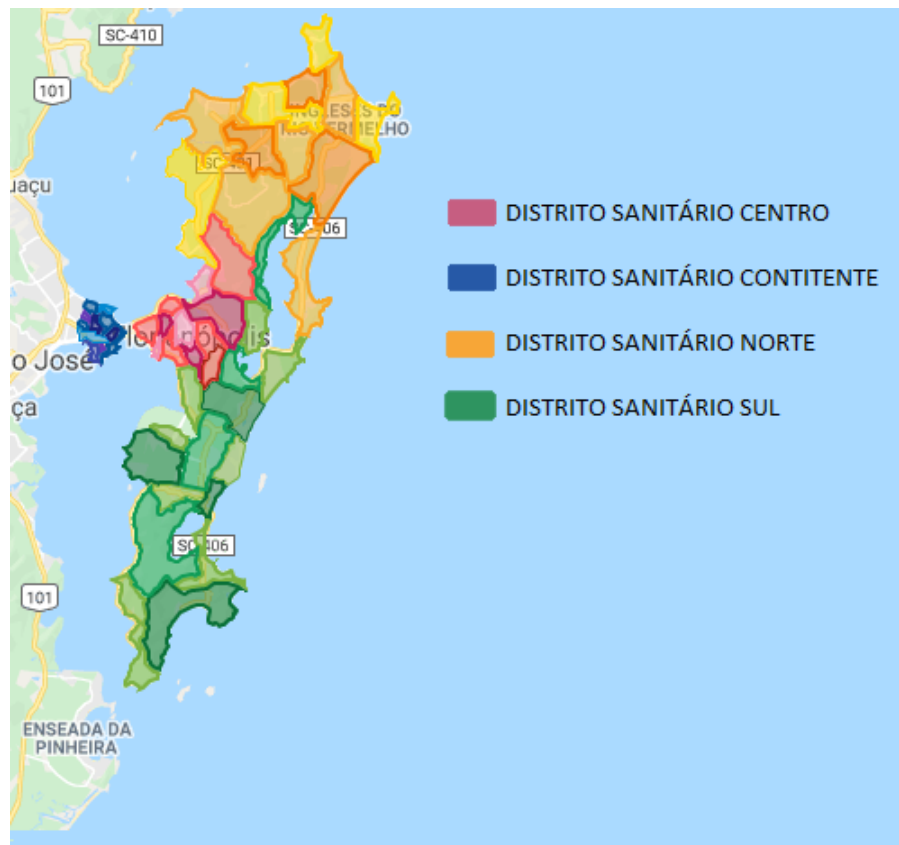


Figura 1 - Distritos Sanitários do município de Florianópolis
Fonte: Produção da autora

Os distritos selecionados foram determinados após uma consulta nos relatórios do CRAI de Florianópolis referentes aos atendimentos realizados pela instituição em seu tempo de funcionamento. Os referidos relatórios continham, dentre outras informações, dados sociodemográficos sobre os imigrantes atendidos. Foi possível determinar assim quais distritos possuíam maior concentração demográfica de imigrantes, selecionando os distritos sanitários Centro e Continente. No primeiro distrito, ACS dos centros de saúde Monte Serrat, Agrônômica e Centro foram entrevistadas e do segundo distrito, ACS do centro de saúde Novo Continente.

A Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis investe no processo de territorialização desde 1995. De acordo com as Diretrizes do SUS, os critérios para a determinação dos territórios são diversos, assim, barreiras geográficas, condições sócio-econômica-culturais similares, fluxo de deslocamento de pessoas e acessibilidade, são variáveis que devem ser levadas em consideração. Por ser um processo, a territorialização é influenciada pela dinâmica da sociedade, portanto, a acessibilidade (geográfica, funcional, cultural e econômica) e a equidade de acesso para a população abrangida vão determinar os contornos desse território que é vivo (Colussi & Pereira, 2016).

Nesta perspectiva dinâmica, os Centros de Saúde (CSs) não se limitam a atender as demandas apenas de sua área de abrangência definida, pois sua área de influência é constantemente variável. A área de influência não obedece necessariamente ao processo de territorialização, ela é definida pela necessidade assistencial gerada pela demanda dos usuários. Ou seja, a constituição dos territórios nasce do próprio processo de territorialização, os territórios encontram-se, pois, em permanente movimento de construção, desconstrução e reconstrução (Saquet, 2003; Gondim & Monken, 2009). Assim, CSs com maior oferta de serviços e mais acessíveis terão áreas de influência provavelmente maiores do que sua área de abrangência adstrita.

O CS Centro, do Distrito Sanitário Centro (indicado em rosa na Figura 2), tem esta característica de sobreposição entre áreas de influência e de abrangência. Por compartilhar o mesmo espaço físico com a Policlínica e por estar localizado no centro da cidade, região de grande movimento e circulação de pessoas, as ACS entrevistadas neste CS relataram grande diversidade dos usuários atendidos. Seu público, portanto, é composto não apenas por moradores do território de abrangência, mas também por trabalhadores da região e turistas.

Diferentemente, os CSs Agrônômica e Monte Serrat mantinham maior coerência entre área de influência e abrangência. Apesar de estarem localizados também em regiões centrais da cidade, as ACS relataram que os usuários eram em sua maioria moradores dos territórios

de abrangência. Ambos CSs compartilham a característica de ter seu território dividido entre uma população com grande poder aquisitivo em contraposição a uma população socioeconomicamente vulnerável.

O último CS que foi campo de pesquisa, CS Novo Continente, faz parte de um outro distrito sanitário, o Distrito Continente (indicado em azul na Figura 2). Localizado na porção continental do município de Florianópolis, este foi o CS onde as ACS relataram maior vulnerabilidade social e econômica por parte dos usuários atendidos. Além disso, foi relatada também um histórico de tensões e conflitos entre facções criminosas e a polícia no local, aumentando o nível de risco para seus moradores.

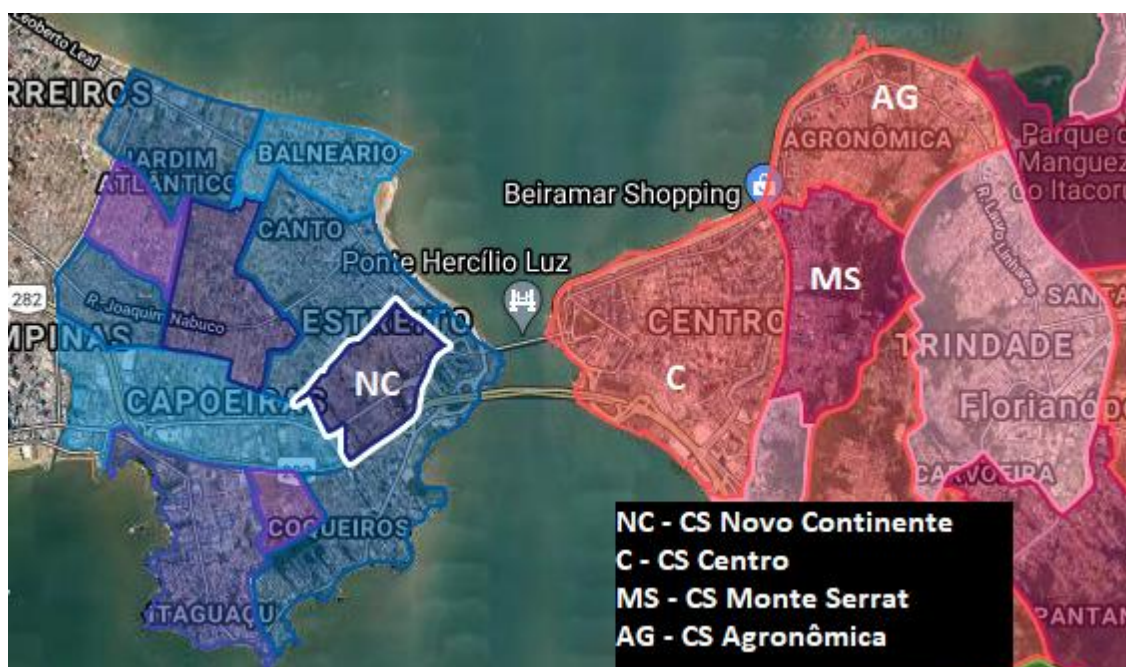


Figura 2 - Território de abrangência dos Centros de Saúde
Fonte: Produção da autora

6.3 Participantes

Foram participantes desta pesquisa 15 ACS atuantes nos CS dos distritos sanitários de Florianópolis com maior concentração demográfica de imigrantes. Optou-se neste trabalho por referir-se a estas profissionais sempre com pronomes femininos. Esta estratégia foi adotada por este ser um cargo ocupado majoritariamente por mulheres. No mais, esta estratégia permite manter o sigilo do participante de sexo masculino, por entender que este poderia ser facilmente identificados entre suas colegas.

Os critérios de inclusão das participantes foram: (1) ter realizado no último ano atendimento à adultos ou famílias imigrantes que residem ou residiram em Florianópolis; (2) estar trabalhando no CS selecionada há pelo menos um ano, aumentando as chances de que esta

profissional conheça o território onde atua; (3) realizar atividades no território, como, por exemplo, visitas domiciliares. Entende-se por adulto, com a finalidade de um recorte metodológico, pessoas maiores de 18 anos. Em contrapartida, serão excluídas da pesquisa participantes que não apresentarem todos os critérios de inclusão.

O total de participantes foi determinado de acordo com o conceito de fechamento amostral por saturação teórica, que propõe a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação da pesquisadora, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

O questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), utilizado com o objetivo de caracterizar as participantes da pesquisa, recolheu informações apresentadas na Tabela 2. Conforme mencionado anteriormente, foram participantes desta pesquisa 15 ACS do município de Florianópolis, identificadas a partir de agora como P1, P2, P3, ..., P15. Todas as participantes são contratadas pelo município de acordo com o artigo 8º da Lei 11.350/2006 que as submetem ao regime jurídico estabelecido pela CLT (Brasil, 2006).

Todas as participantes trabalham como ACS há mais de 10 anos. Este dado indica que elas são profissionais experientes e que a maioria delas provavelmente conhece bem seu ofício e seu território, já que nesses 10 anos, 12 delas atuam no mesmo CS e 14 moram no mesmo território onde atuam.

Essas são informações relevantes no que diz respeito às características esperadas de uma ACS. Segundo a literatura, acredita-se que por serem moradoras da comunidade onde atuam as ACS conhecem as necessidades desta população. Por isso, elas têm condições de ser uma mola propulsora para o acesso dos usuários, promovendo a prática territorializada e hierarquizada de assistência (Silva & Dalmaso, 2001).

Tabela 2 - Caracterização das participantes

Variável		N
Idade	Entre 35 e 45 anos	10
	Entre 46 e 55 anos	4
	Entre 56 e 65 anos	1
Grau de escolaridade	Ensino médio	11
	Ensino técnico (incompleto)	1
	Ensino superior (completo)	1
	Ensino superior (incompleto)	2
Tempo como ACS	Mais de 10 anos	15
Tempo de serviço no CS atual	Entre 1 e 5 anos	1
	Entre 5 e 10 anos	2
	Mais de 10 anos	12
Tempo que mora no território	Entre 1 e 5 anos	1
	Mais de 10 anos	14

Fonte: Produção da autora

As ACS declararam realizar em média 10 atendimentos a imigrantes diariamente, sendo que 13 das 15 entrevistadas relataram nunca terem recebido nenhum tipo de orientação ou capacitação para atender estes usuários. As duas únicas ACS que receberam informações neste sentido, declararam que elas foram adquiridas em uma palestra realizada pela Pastoral do Imigrante e não pelo município.

A lei federal nº 13.595 de 2018, determina que para trabalhar como ACS é necessário ter concluído o Ensino Médio, situação da maioria das participantes dessa pesquisa (11), e realizar o curso de formação para atuar como ACS. De acordo com as diretrizes do SUS, está prevista a formação continuada de todos os profissionais, inclusive as ACS. No entanto, conforme relatado pelas participantes, nenhuma formação complementar lhes foi oferecida, e não apenas ao que se refere às especificidades da atuação com imigrantes.

6.4 Instrumentos

Este estudo utilizou entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE C) como instrumento de coleta de dados. Estas foram as principais vias pelas quais se buscou realizar a descrição e a

exploração do fenômeno de interesse. De acordo com Moré (2015), o diálogo proposto na entrevista semiestruturada constitui um “espaço relacional privilegiado”. Nesse espaço, criado e proposto pelo investigador, o participante pode expressar livremente opiniões, vivências e emoções que constituem suas experiências, sendo responsabilidade do pesquisador orientar e mediar estes fluxos (Moré, 2015). Sendo assim, acredita-se que a entrevista semiestruturada foi o instrumento mais pertinente para esta investigação no que diz respeito às possibilidades de compreender o processo de acolhimento realizado por ACS à imigrantes que residem na cidade de Florianópolis.

Foi aplicado também em cada participante um questionário sociodemográfico composto por questões que tem por finalidade obter informações a respeito de: idade, grau de escolaridade, formações complementares (por exemplos, capacitações fornecidas pela rede de saúde), tempo que exerce a profissão, média de imigrantes que atende por dia e tempo de serviço. Este questionário foi construído tendo por referência o questionário sociodemográfico utilizado na pesquisa de Freitas⁸ (2013) com profissionais da saúde também ligada ao NEMPsiC.

6.5 Procedimentos de coleta de dados

Após definidos os distritos sanitários que fariam parte da pesquisa, deu-se início ao contato com os coordenadores dos CSs selecionados. Foi realizado o convite às ACS por intermédio dos coordenadores e em todos os CS contatados houve aceite de ao menos uma ACS para participar da pesquisa. Em função das restrições sanitárias relativas à pandemia causada pelo vírus da COVID-19 (2020 - atual), foi proposto às participantes realizar entrevistas preferencialmente por chamada de vídeo. No entanto, esta modalidade não teve aderência e ocorreram idas à campo para realização das entrevistas. Nestas seguiu-se todos os protocolos de prevenção à COVID-19, como uso de máscara facial e de álcool 70% para desinfetar as mãos e instrumentos utilizados na entrevista, evitando o contágio e a propagação do vírus.

As entrevistas foram realizadas individualmente e seguiram um roteiro previamente estabelecido. Elas ocorreram no local de trabalho das ACS de acordo com sua disponibilidade. Por este motivo, quando necessário, mais de uma ida a campo foi realizada ao mesmo CS até que todas as ACS do local que desejassem participar da pesquisa tivessem sido entrevistadas. Com o consentimento das participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio pela

⁸ Freitas, A. P. A. (2013) Significados do comportamento suicida para profissionais e usuários nos contextos da atenção básica à saúde e assistência social. (Brasil). (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC.

pesquisadora para posterior transcrição. Neste encontro, após apresentada a pesquisa e seus objetivos, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) às ACS que aceitassem participar da pesquisa. Antes da entrevista ocorrer, elas assinaram o TCLE (APÊNDICE A) e responderam o questionário sociodemográfico.

6.6 Procedimentos Éticos

Por fazer parte do Projeto Dimensões, já submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina⁹, esta pesquisa não necessitou realizar novamente tal procedimento como delimita a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Diário Oficial da União, 2013).

No entanto, por ser uma pesquisa que envolveu a rede municipal de saúde, depois de aprovado em banca de qualificação, a mesma foi submetida à avaliação da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O parecer favorável da comissão foi obtido em junho de 2020 e, então, deu-se início à busca pelas participantes conforme descrito em 6.5 Procedimentos de coleta de dados.

Para fins de esclarecimento das participantes, de proteção destas e ainda, da pesquisadora, foi apresentado, antes da realização das entrevistas semiestruturadas, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE, além de descrever às participantes de forma clara a que se propõe a pesquisa, detalhou a possibilidade, mesmo que mínima, de riscos sociais, físicos e relacionados aos conteúdos afetivos que podem ser evocados nas entrevistas.

6.7 Análise de dados

Finalizada a coleta de dados, os relatos orais foram transcritos, categorizados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, proposto por Bardin (2009), seguindo suas três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Assim, após transcritas as entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante do material para extrair-se os temas mais significativos de acordo com os objetivos específicos da presente pesquisa (Bardin, 2009). Os temas foram, então, agrupados de modo sistemático a partir da

⁹ Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa número 4.308.430.

interpretação dos seus significados, com intuito de produzir inferências de forma objetiva, resultando na construção de categorias de análise.

Uma última leitura, posterior a criação da tabela, foi realizada, associando por fim os trechos das entrevistas transcritas às categorias de análise criadas. Dessa forma, obteve-se um esquema de análise composto de três níveis: as categorias (referentes aos objetivos específicos da pesquisa), as subcategorias e as unidades de análise. Para que se pudesse traçar um perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa, os dados coletados por meio do Questionário Sociodemográfico (Apêndice B) foram organizados e sintetizados com o auxílio da ferramenta *Google Forms*.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas, ao todo, 15 entrevistas semiestruturadas, orientadas por um roteiro previamente definido e gravadas em áudio com o consentimento das participantes. No momento das entrevistas, foi aplicado também Formulário sociodemográfico e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as participantes, conforme previsto. O tempo de áudio de todas as entrevistas resultou em 9 horas e 54 minutos, obtendo-se uma média de aproximadamente 39 minutos por entrevista.

As entrevistas foram analisadas de acordo com a análise de conteúdo (Bardin, 2009). Assim, categorias de análise foram definidas em concordância com os objetivos da presente pesquisa, dando origem a quatro categorias: Significados da migração para ACS, Condições de acesso aos serviços de saúde pública, Demandas de cuidado dos imigrantes e Práticas de acolhimento (APÊNDICE D). Cada categoria está atrelada a um dos objetivos específicos e elas serão apresentadas e discutidas a seguir. Para tal, serão utilizados trechos das entrevistas realizadas com ACS.

A primeira categoria apresentada, **1. Significados da migração para ACS**, teve por objetivo investigar o que pensavam e conheciam as ACS sobre imigrantes e imigração. Entende-se que para compreender o acolhimento realizado por estas profissionais à imigrantes é imprescindível conhecer algumas de suas representações sobre eles.

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise
1. Significados da migração para ACS	1.1. O estrangeiro	<i>1.1.1. Ser diferente</i>
		<i>1.1.2. Ameaça</i>
		<i>1.1.3. Povo guerreiro</i>
	1.2. Motivações para imigrar	<i>1.2.1. Busca por uma vida melhor</i>
		<i>1.2.2. Situação política do país de origem</i>
	1.3. Riscos para os imigrantes	<i>1.3.1. Deslocamento</i>
		<i>1.3.2. Vulnerabilidade no Brasil</i>

Quadro 1 - Significados da migração para ACS

A primeira subcategoria, **1.1. O estrangeiro**, condensou representações das ACS sobre os imigrantes, mas não apenas. Nesta subcategoria se explora também compreensões que as ACS têm sobre o processo migratório. Assim, a primeira unidade de análise *1.1.1. Ser diferente*, corresponde às diferenças que demarcam o lugar do imigrante de “outro”, de estrangeiro em comparação ao familiar, ao conhecido. Os conteúdos desta unidade, portanto, ressaltaram principalmente elementos linguísticos e culturais como marcadores da diferença entre o “nós” e o “eles”, entre o “deles” e o “nosso”. A seguir, apresentamos trechos que ilustram esta percepção por parte das ACS:

“Bom, culturas diferentes, né? A língua diferente. É, cultura, a língua diferente, até, também, o jeito de vestir, principalmente os haitianos, né? Venezuelano não é, não é, mas é isso aí” (P2)

“Ah, sim, sim! Tem o sotaque, né. O sotaque logo já dá de ver. Antes tinha muito boliviano. (...) Agora tem mais haitiano, né. Mas pelo sotaque logo dá de perceber que é imigrante, né.” (P6)

“Olha, tem de todo tipo, né? Tem de todo tipo, tem daquele mais humilde até aquele que tu não imagina que saiu de um lugar pra vim em busca de uma coisa melhor aqui, porque tu olha e tu não diz, né?” (P14)

O *Ser diferente* se apresenta anunciado nas falas por meio de diversos elementos. A língua diferente, o sotaque, a cultura, a forma de se vestir, de se expressar, de ser, anuncia que aquele que ali se apresenta, por meio de todos estes elementos, não é igual a mim. Algo desse estranho-estrangeiro delimita o “nós” e o “eles”. É possível identificar aqui, portanto, o papel da cultura de estabelecer o que é o “normal”, é ela quem preconiza os modelos de se apresentar e se estar na sociedade (Pelbart, 1989). Por ser assim, um imigrante, quando em um ambiente cultural diverso do seu, é facilmente identificável justamente por não compartilhar dos mesmos marcadores (Martins-Borges & Pocreau, 2009).

Contudo, é possível perceber também que a diferença, apesar de existir, não implica necessariamente em uma estereotipificação do imigrante, uma homogeneização cultural ou despersonalização, conforme evidenciado nas falas de algumas ACS. Tal leitura da diferença vai de encontro com o relatado no artigo de Estevan & Ruiz (2017) sobre a aplicação do modelo de competência cultural na experiência de enfermeiras da atenção primária na Espanha. Na referida pesquisa, o aspecto físico e os estereótipos imigrantes foram condicionantes para as profissionais de atenção primária; ali, o racismo sutil e os preconceitos históricos, principalmente quando em atendimentos com latino-americanos, criaram situações incômodas e desconfiança.

Na presente pesquisa, no entanto, as ACS no encontro com os imigrantes e com suas especificidades não produziram um achatamento da individualidade destes sujeitos, conseguindo enxergá-los para além de estereótipos culturais. Foi demarcado por elas que há uma variação na distribuição das diferentes populações de imigrantes no território de acordo com as características socioeconômicas dos usuários e do território. Portanto, a experiência do encontro com a diversidade cultural foi também atravessada por outros elementos que compunham este cenário:

“A gente já atendeu desde indiano até, nossa, os africanos, então é muito diversificado aqui. Desde dos alemão, até os que são da Rússia, então a gente não tem uma característica fixa. Tanto como padrão alto, como pessoas extremamente humildes como é o caso dos haitianos, alguns venezuelanos que vieram acolhidos pela

prefeitura né, que teve esses casos. Então a diferença social é bem grande também.” (P12)

Percebeu-se também, corroborando à teoria, que tal diferença evidenciada em elementos culturais e linguísticos pode ser vivida como 1.1.2. *Ameaça*, tema da segunda unidade de análise desta subcategoria. Por falta de elementos compartilhados que tornem este outro cognoscível, ele pode tornar-se ameaçador (Freud, 1919/2019). O mal-estar em viver com o outro, a minha própria estranheza junto à estranheza dele, instala-se perturbando o inconsciente, que é sempre formado pela voz do outro (Kristeva, 1994). Assim, questiona Kristeva (1994, p. 191): “Como poderíamos suportar um estrangeiro se não nos soubermos estrangeiros para nós mesmos?”. Para algumas das ACS, visto que pode representar um mal se recebido na comunidade, o imigrante é aquele que é de fora e que lá deve ficar:

“Olha, na verdade eu vou te ser sincera, eu não concordei muito, até hoje eu não concordo. Porque é uma situação que muitos aqui também... O país também tem situações de pessoas que vivem em más condições, né, tem até muitos desempregados. Então, pelo meu ponto de vista, eles tiram tudo um pouco de nós que já somos daqui. É oportunidade de emprego, é vaga em hospitais, tudo um pouco eles tiram, entendeu?” (P6)

“(...) eles também trazem riscos para nós... Tu vais para o país deles, tu não podes entrar sem estar vacinado, no nosso país eles entram sem tá vacinado, né? Trouxeram sarampo em massa.” (P7)

No entanto, ratificando o encontrado na revisão de literatura, a cultura pode representar tanto uma barreira quanto um ponto de encontro (Hémono et al., 2018; Estevan & Ruiz, 2017; Fernández-Castillo & Vílchez-Lara, 2009a). Ao conseguir reconhecer-se neste outro através de elementos narcísicos protegidos, este de fora pode tornar-se menos ameaçador. Portanto, em situações onde as ACS respeitavam e buscavam conhecer a cultura dos imigrantes atendidos ou quando compartilhavam com eles raça, costumes ou práticas religiosas, a cultura aparece como possibilidade de identificação.

“Até eu sou mais, eu gosto mais dos haitianos porque eles são de cor (negra), né [esta é uma ACS negra]. Então a gente fica triste por eles não saber falar o português, não saber como fazer para arrumar emprego, eu nem sei como que eles conseguiram entrar aqui, também não sei nada disso. Mas eu gosto mais dos haitianos.” (P8)

“Adoro falar que eu sou cristã e eles não são, os mulçumanos. Então pra mim é mágico falar, que a gente fala a mesma linguagem (...) Eles não comem porco, eu também não como. Então eu começo a chegar nessa parte, na parte que eu tenho conhecimento e que eu posso ter uma abertura maior com eles.” (P12)

É na identificação com o outro por meio de alguns elementos já conhecidos e compartilhados que se pode criar uma representação possível deste “estrangeiro” que, em um primeiro momento, apresenta-se como ameaçador. Conforme propõe Mendes (2019), ao reconhecermos nossa própria estranheza, esta pode nos fazer menos ameaçados pelo outro, afinal, todos temos nossas próprias idiossincrasias. Este Outro, que nos parece inquietante e ameaçador como o próprio inconsciente, quando pouco a pouco desvendado livra-nos da necessidade de aniquilá-lo (Mendes, 2019). O (in)familiar que o outro suscita em nós, toca-nos justamente naquilo que nos aterroriza em nós mesmos, assim, projetamos nele a ameaça que está em nós mesmos, em nossa própria fragilidade.

Povo guerreiro foi a última unidade de análise desta subcategoria que tenta dar contorno a este que é **O estrangeiro**. Nesta unidade, *1.1.3. Povo guerreiro* parece ser o termo utilizado pelas ACS para caracterizar elementos da resiliência, conceito utilizado pela psicologia. O conceito de resiliência surgiu na física para designar a propriedade que certos materiais apresentam de recuperarem sua forma original após sofrerem fortes embates e traumatismos. Mais tarde o conceito de resiliência foi definido no campo das teorias da psicopatologia sobre desenvolvimento como um conjunto de traços das pessoas que passavam por experiências traumáticas sem desenvolverem transtornos mentais (Lechner, 2016).

As ACS identificaram nos imigrantes características que, para elas, definem pessoas com a capacidade de superar os efeitos nefastos de abandonar seu país, sua família, seus amigos e seu trabalho. Também são pessoas que enfrentam o preconceito e a marginalização com um sorriso no rosto e com a união de uma rede de apoio entre eles mesmos:

“E não é fácil, em momento nenhum, não é fácil pra eles, né? É, até hoje, vamos dizer assim, eles já foram mais criticados, julgados, mas ainda existe isso de preconceito infelizmente. Apesar de ser um povo sofrido a gente vê sorriso, a gente vê as crianças muito bem cuidadas, a gente não vê uma criança suja, uma criança, sabe? (...) Então eles, dá pra ver que eles são muito unidos. (...) Por isso que assim, eu, cara, eu digo que são um povo bem guerreiro, sabe? Muito guerreiro! Eu não sei, eu acho que eu não, por mais miserável que eu tivesse, eu acho que eu não conseguiria sair de onde é que eu tava. Eu morria ali, vivia ali, ficava ali daquele jeito.” (P2)

A segunda subcategoria de análise, **1.2 Motivações para imigrar** apresenta as hipóteses das ACS sobre o que leva uma pessoa a sair do seu país. Duas unidades de análise traduzem essa observação: *1.2.1. Busca por uma vida melhor* e *1.2.2. Situação política do país de origem*. A primeira delas diz respeito às motivações ligadas à conquista de melhores condições de vida, as quais não estavam disponíveis no país de origem. As ACS acreditam

que a busca por melhores condições de estudo, trabalho, alimentação, segurança, moradia e saúde estão intimamente ligadas ao que motiva o processo migratório:

“Eu acho que às vezes com o desemprego, pelo estudo, alguns vêm para estudar, vêm pra trabalhar, né? Eu acho que saem do seu país é mais por causa disso, principalmente do trabalho (...) É, buscar melhores condições de vida pra sua família.” (P4)

“Isso, uma coisa melhor. A gente conhece até imigrantes que têm profissão, mas é raro. (...) vamos dizer, de uma mão cheia é um que tá na sua profissão vamos dizer, né?” (P2)

Como relatado nos trechos acima, as motivações para imigração para o Brasil surgem associadas, principalmente, a melhores possibilidades de trabalho e condições socioeconômicas. Corroborando esta percepção, o relatório anual do Observatório das Migrações Internacionais de 2020, constatou um aumento de 168% entre 2010 e 2019 no número de imigrantes empregados com carteira de trabalho assinada no Brasil (Cavalcanti, Oliveira & Macedo, 2020). Neste mesmo período o aumento de imigrantes no Brasil foi de 56,61%, assim, quando comparados, percebemos que o crescimento na contratação de imigrantes significa uma mudança positiva na vida de muitos deles (Cavalcanti, Oliveira & Macedo, 2020; IBGE, 2010). No entanto, estas não são as únicas motivações citadas e, dada a temática da presente pesquisa – saúde e imigração –, vale ressaltar que as ACS percebem também no acesso à saúde gratuita e de qualidade uma motivação central para imigração:

“Eu acho que aqui é a questão da saúde pública, a saúde pública aqui é muito boa em relação aos países que vêm, né, os imigrantes dos países, eu acho que é mais precário lá. E aqui o acesso é muito facilitado da saúde pública.” [Entrevistadora: Aham, tu acha que a saúde é o motivo pelo qual eles vêm morar no Brasil, por exemplo?] “Vou dizer que talvez não seja 100%, mas a metade sim e o outro eu acho que é um pouco a facilidade de emprego, né, mas a saúde pesa muito.” (P13)

“Outra opção é que o Brasil é muito fácil acesso, qualquer um pode vim e aqui é o paraíso, o SUS leva a isso também.” (P12)

A unidade de análise apresentada acima elenca os motivos pelos quais os imigrantes vêm para um país como o Brasil na perspectiva da maioria das ACS da presente pesquisa. No entanto, algumas das entrevistadas encontram a motivação para a imigração no país de origem desses imigrantes. A 1.2.2. *Situação política do país de origem*, segunda unidade de análise desta subcategoria, apresenta na perspectiva destas profissionais o que elas acreditam que leva os imigrantes a deixarem seus países. Situações de guerra, de violência dos direitos humanos, de instabilidade política e econômica perpassam o imaginário das ACS como motivadores

para deixar o país de origem. Sua compreensão de imigração, mesmo sem se darem conta, passa por características que definem a imigração involuntária. Esta é uma percepção que se alinha à realidade do cenário internacional de migração, pois segundo o Relatório de Tendências Globais 2019 (ANUR, 2020), estima-se que cerca de 79,5 milhões de pessoas foram forçadas a deixarem suas casas pela impossibilidade de dar continuidade a uma vida segura e próspera.

“Os governantes de lá do país, né? Infelizmente, né. A gente reclama aqui do nosso Brasil, mas tem países como o Haiti, né? Que houve a tragédia, né, mas mesmo sem a tragédia já era um caos, então a tragédia triplicou né, infelizmente. É muito triste, né, chegar o ponto de tomar essa decisão de sair (...) A gente acha mesmo que a maioria da culpa mesmo é dos governantes, toda a estrutura, né, tanto da saúde que é muito precária, saneamento básico, moradia, quando aconteceu essa imigração.” (P2)

“A corrupção, o governo e o Estado que não dá a bola pro povo. (...) Só que a qualidade de vida melhor deles, alguma coisa de tristeza de lá eles trazem: Lá é melhor do que o Brasil. E o Brasil, se for pra lá: Me socorre, eu prefiro o Brasil.” (P15)

Contudo, mesmo que deixem seus países, familiares e amigos para trás em busca de segurança e de continuidade de vida, ainda assim no país de acolhida os imigrantes podem não encontrar tal estabilidade e mais uma vez estarão expostos à riscos. Assim, a fala da P15 nos apresenta uma intersecção entre as subcategorias **1.2. Motivos para imigrar** e **1.3. Riscos para os imigrantes**. Mesmo mudando de país, os imigrantes trazem consigo a tristeza de deixar suas origens. Eles imigram, mas por vezes podem não encontrar aquilo que procuravam no Brasil. Esta percepção da P15, que parte de encontros cotidianos, corrobora o descrito na teoria; pelos riscos aos quais são expostos no processo migratório, os imigrantes podem ficar em situação de vulnerabilidade socioeconômica e também psíquica (Nathan, 1993; Martins-Borges, 2013; Martins-Borges et al., 2019).

Riscos para os imigrantes é, portanto, a última subcategoria que compõe a categoria 1. Significados da migração para ACS. Construída a partir das unidades de análise *1.3.1. Deslocamento* e *1.3.2. Vulnerabilidade no Brasil*, nesta subcategoria as ACS localizam os riscos aos quais são expostos os imigrantes nas etapas do processo migratório (Martins-Borges, 2013; Boeira-Lodetti, 2017). Na unidade *1.3.1. Deslocamento*, as ACS nomeiam as violências sofridas tanto na etapa pré-migratória, ou seja, no momento anterior à saída do país, quanto no percurso de deslocamento. Em relação à etapa pré-migratória, as violências estão associadas às condições de vida no país de origem como descrito na fala da P9:

“(...) quando começou agora essa guerra na Venezuela né, guerra assim, entre aspas né, começou todo aquele movimento na Venezuela, o pessoal tava deixando a Venezuela e vindo para o Brasil, né? Como que eles saíram da Venezuela? Saíram todo mundo com seus filhos, com suas mulheres, botaram a trouxa de roupa nas costas e vamos pegar a estrada e vamos embora pela estrada. Entendeu? O quê que vai ser dessas pessoas? Qual o fim delas? Se elas já saíram de lá num estágio já de baixa pobreza, quando chegar aqui, quem é que vai dar emprego pra uma turma dessa, né? Quem?” (P9)

As ACS percebem que, independente da condição do país de origem, a imigração pode apresentar riscos, principalmente quando não se trata de uma imigração voluntária com a possibilidade de escolhas e planejamento prévio. Estes são os imigrantes que estão mais vulneráveis às violências do processo migratório. Portanto, as ACS conseguem decodificar na experiência dos imigrantes o que a literatura científica aponta sobre os riscos associados a cada etapa do processo migratório. De acordo com Martins-Borges (2013), Jubilut, Frinhan & Lopes (2018), Zucchi & Inoue (2018), Boeira Lodetti & Martins Borges (2020), ao saírem de seus países e ao chegarem nos países de destino os imigrantes enfrentam muitas vezes a morte, real ou simbólica; o que também é nomeado pelas falas que seguem:

“No sentido de sair de lá pra cá? Ah, sim! Correram muito risco, perdão, correram muito risco, muitos inocentes morreram. Quando eu digo inocentes eu digo as crianças, né? Muitos jovens, adultos e idosos faleceram, perderam suas vidas. (...) Uma vida não volta, né? Muito triste, muito lamentável mesmo. (...) risco de vida, que teve morte, que teve estupro e uma coisa não favorável...” (P2)

“Acredito que pela questão de quando não tá tudo legalizado, a questão do país, né, como a gente já ouviu assim quantas pessoas, quanta morte que aconteceu. Quanta coisa negativa assim, né? Não sei nem explicar isso assim, mas a gente vê a quantidade de gente tentando uma vida nova e essa questão do transporte pra aqueles que não tem condições de vir de avião, aquela coisa, das maneiras que eles tentaram assim, né? De barco, de isso, daquilo e acabam morrendo e morreu muitos.” (P3)

A fala da P3 aponta para a questão da legalidade das migrações. A falta de efetivas políticas públicas de acolhimento e de uma legislação bem definida nos estados e municípios brasileiros deixa o direito humano de imigrar muitas vezes em um limbo. São em condições de extrema precariedade que chegam boa parte dos imigrantes ao Brasil e é possível perceber, portanto, que a vulnerabilidade está presente em todo o processo migratório. A instabilidade e o medo não são sentimentos exclusivos do momento de partida, são também a realidade de muitos daqueles que deixam seu país para tentar uma nova vida em outro lugar. Assim, na unidade de análise 1.3.2. *Vulnerabilidade no Brasil* estão descritas as percepções das ACS

sobre a situação de alguns dos imigrantes que elas encontram diariamente em sua prática profissional e no território onde vivem:

“Eles ficam mais vulnerável, né? Porque são as pessoas que procuram logo um local pra morar e logo, pra onde que eles vão? Vão pros morros.” (P10)

“Agora em relação a trabalho, né, a moradia, no sentido assim, como eles tem que pagar uma coisa mais barata, que aqui é área de risco, né, e vamos dizer 100% SUS, né? (...) Mas infelizmente tem a violência, tem o tráfico e acho que o maior risco deles é esse, é essa violência e o trabalho, né, que deve frustrar.” (P2)

“Sendo que o nosso, vou dizer aqui do Brasil, o nosso país a gente já não é tão valorizado, né? (...) eles não têm moradia, é aluguel, né? Mas assim, eu já tive muito mais longe quando eles chegaram, que a gente, eu assim, achava, eu digo assim: “Eles estão vindo se refugiar, mas eu acho que eles não vão encontrar o que querem.” (P11)

Nos trechos acima são mencionadas questões relacionadas principalmente à moradia e às características do território onde vivem os imigrantes no município de Florianópolis. Percebe-se que os imigrantes que as ACS encontram no CS ou na comunidade chegam à nova sociedade e se instalam às suas margens, submetendo-se aos perigos desse território desconhecido. Sem condições socioeconômicas de ocuparem outros espaços, os imigrantes se refugiam nos territórios mais precarizados da cidade. Este fato vai ao encontro do descrito em alguns artigos da revisão de literatura onde profissionais relatam o isolamento social e as dificuldades econômicas enfrentadas pelas famílias de imigrantes como potenciais barreiras para o acesso a direitos básicos (Jean-Baptiste, Alitz, Birriel, Davis, Ramakrishnan, Olson & Marshall, 2017).

Além disso, como explicitado na fala da P4 abaixo ilustrada, a perda do referencial social e relacional que a cultura oferece, pode ser produtor de vulnerabilidade e risco para os imigrantes, uma vez que eles se encontram em uma sociedade com uma organização diferente, desconhecida (Nathan, 1994; Martins-Borges, 2013). O preconceito, a xenofobia e o desconhecimento das regras formais, legais, e sociais, podem surgir como produtores de vulnerabilidade, deixando-os à mercê daqueles que têm más intenções:

“Às vezes, a gente próprio, que mora aqui já tem esse risco, imagina eles que são estrangeiros. Que não tão acostumado com o costume daqui. Eles correm muito esse risco. (...) ver outras pessoas se aproximarem, pensa que é a mesma coisa como é do costume deles, não é, é diferente (...) com má intenção aquela pessoa, aí como é estrangeiro, às vezes acaba sofrendo um pouco mais que a gente próprio. (...) não percebe, não percebe que alguém tá seguindo, que alguém tá fazendo mal intencionado.” (P4)

“Na questão deles, assim, eu vejo de forma, assim, que a dificuldade que eles passam aqui, pela questão até de, tipo assim, trabalho escravo, né? Muitos deles vêm com formação e aqui não é conhecido o diploma deles. Pra mim eu vejo eles tendo assim muitas dificuldades. A fala, assim, a questão da comunicação que é muito difícil com eles, né? Então é mais ou menos isso.” (P3)

O desconhecimento da língua e da cultura do novo país, o preconceito e a falta de políticas públicas que ofereçam orientação e suporte deixam os imigrantes com poucas oportunidades de inserção no mercado de trabalho (Prado & Coelho, 2015; Martine, 2005). As ACS percebem que a condição dos imigrantes com quem tem contato é muito suscetível ao sucesso ou fracasso deles em conseguir um trabalho no novo país. Portanto, quando desempregados, os imigrantes correm os riscos de não conseguirem encontrar a melhora de vida que vieram buscar, de ficarem em situação de rua, com fome e sem esperança. Para as ACS, estes são motivadores para uma parte dos imigrantes realizar atividades ilegais como roubos ou tráfico e consumo de drogas.

“(...) tem haitiano, tem venezuelano, tem todo mundo vive embaixo de ponte, de viaduto, dormindo na rua, né? Tem haitiano aí catando lixo pra comer. Porque o quê que acontece, eles ficam muito vulnerável. Todo mundo, tem uma imensa parte deles que tão no mundo da droga, né. Uma imensa parte deles que tão no roubo. Daí o que acontece? Como lá onde eles moravam o custo de vida deles, o salário deles era bem menor do que o nosso aqui, mas bem menor, uma quantia irrisória, chega aqui eles oferecem 50 reais pra ficar numa boca de fumo ali, o camarada não pensa duas vez. 50 real pra ficar 6 horas, não vai pensar duas vezes, né? Em um mês ele não conseguia ganhar 50 real na cidade deles, no país dele, né. Aqui em 6 horas ele consegue ganhar 50 real, ele não vai pegar? Mas vai!” (P9)

A integração de imigrantes no mercado de trabalho formal, apesar dos avanços observados, sempre foi uma questão problemática no Brasil. Segundo os dados do Relatório Anual 2020 sobre imigração e refúgio no Brasil, o total de imigrantes empregados com carteira de trabalho assinada passou de 55,1 mil, em 2010, para 147,7 mil em 2019, sendo a imigração haitiana a principal responsável por este crescimento. Mas, em contrapartida, os dados do mesmo relatório sobre a inserção de imigrantes no mercado de trabalho informal não são tão esclarecedores por falta de pesquisas mais recentes e de acesso à realidade destes imigrantes em situação irregular (Cavalcanti, Oliveira & Macedo, 2020).

O estado de saúde dos imigrantes também é percebido pelas ACS como um risco. Não apenas sua condição de saúde, mas também a falta de recursos, de políticas públicas de acolhida e de preparação do Brasil são apontadas como criadoras deste estado de vulnerabilidade. Autores denunciam as questões estruturais do sistema de saúde que interferem diretamente na assistência oferecida a imigrantes. É imprescindível que o Estado

promova o desenvolvimento de estratégias em níveis estruturais no sistema de saúde que garantam apoio e capacitação profissional no atendimento a imigrantes (Bernales et al., 2017; Carrasco-Sanz et al., 2017; Cole, McLaughlin, Hennebry & Tew, 2019; Farley, Askew & Kay, 2014; Fernández-Castillo & Vílchez-Lara, 2009).

A saúde física e psicológica dos imigrantes é afetada tanto pelas condições do processo migratório como pelas barreiras encontradas no país de acolhida. Os eventos traumáticos do percurso migratório podem ser agravados por situações que ocorrem já no país de acolhida. Assim, obstáculos à reconstrução de uma vida profissional e familiar ou a dificuldade de acesso a serviços básicos de saúde e educação podem influenciar negativamente na adaptação do imigrante (Dantas, 2012; Franken, Coutinho & Ramos, 2012; Martins-Borges, 2013). Os trechos abaixo podem bem ilustrar tais questões:

“Teve época que tava assim, muitos, tava muitos, a gente até, não só nós aqui no [território retirado para manter o sigilo], achou que a unidade básica de saúde não ia conseguir abranger, abraçar para não deixar sem, aquela criança sem a vacina, aquela gestante, né, a mãe, o idoso, o pai, tio, irmão. No sentido, a preocupação de não abranger, de não dar conta de todo mundo, né?” (P11)

“Ah, deveria ter né. Até porque pra gente poder entender. Já que o Brasil acolhe, seria o certo, né, ter alguém pra instruir essas pessoas, para orientar, pra acolher melhor, pra ensinar. Porque fica complicado, muita das vezes, pra gente entender eles, né.” (P6)

“É isso daí. Mas a maioria dos haitianos que tão vindo aqui eles já vêm doente. A maioria já vem doente, já vem com um abalo psicológico, com um abalo de dizer "Eu tenho que pagar a minha mãe." (P15)

Conforme apresentado nesta categoria, observa-se que para as ACS os imigrantes não têm um perfil definido, apesar de serem diferentes delas. Eles têm uma outra língua, uma outra cultura e outras formas de se apresentar, mas, não possuem uma homogeneidade. Eles podem ou não representar ameaças no que diz respeito às oportunidades de emprego, às condições de saúde, moradia e bem-estar. Mas, sobretudo, são percebidos como um povo guerreiro e resiliente que, para buscar uma vida melhor fora de seu país, corre muitos riscos, tanto no caminho, quanto no Brasil.

A segunda categoria a ser apresentada, **2. Condições de acesso aos serviços de saúde pública**, teve por objetivo investigar as percepções das ACS sobre as circunstâncias e possibilidades de acesso dos imigrantes aos aparelhos do SUS. O foco talvez tenha sido o acesso aos CS onde atuam as ACS entrevistadas, mas muitas falas ultrapassam este lócus de atendimento e fazem uma análise de toda a rede de cuidado. Entende-se que para bem

compreender como é realizado o acolhimento, precisa-se saber como chegam aos serviços estes usuários.

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise
2. Condições de acesso aos serviços de saúde pública	2.1 Barreiras	2.1.1. Diferença cultural
		2.1.2. Condição socioeconômica dos imigrantes
		2.1.3. Limites institucionais
		2.1.4. Organização do SUS
	2.2 Facilitadores	2.2.1. Adaptações no atendimento
		2.2.2. Rede de apoio entre os imigrantes
		2.2.3. Gratuidade, universalidade e qualidade

Quadro 2 - Condições de acesso aos serviços de saúde pública

Para tal, dividiu-se essa categoria em duas subcategorias, a saber, **2.1 Barreiras** e **2.2 Facilitadores**, cada qual subdividida em unidades de análise que apresentarão as variáveis que influenciam o acesso dos imigrantes à saúde pública. A primeira subcategoria, **2.1 Barreiras**, inicia a construção de seu sentido a partir da unidade de análise *2.1.1. Diferença cultural*. Nesta seção, portanto, as ACS expõem que o choque entre elementos culturais dos imigrantes e dos profissionais/serviços podem representar uma barreira para o acesso, principalmente no que diz respeito ao idioma.

As dificuldades em relação à comunicação entre usuários imigrantes e profissionais dos serviços de saúde foi amplamente discutida nos estudos consultados. A ausência de capacitação para os profissionais lidarem com as diferenças culturais e de um serviço de

intérpretes ou mediadores culturais qualificados para dar suporte nos atendimentos foram também mencionadas como barreiras nos artigos analisados (Chuah et al., 2019). Assim como os profissionais destes estudos, as ACS também percebem que não ter condições de estabelecer uma comunicação clara com os imigrantes prejudica o acesso deles à saúde e ao cuidado:

“Que nem teve uns que a gente atendeu, que foram os árabes, a gente passou trabalho, ninguém sabia falar inglês. (...) a gente teve que ir atrás de profissionais que soubessem falar inglês pra falar com esses pacientes.” (P1)

“Ah, eu acho meio complicado porque a gente tem que tá com o celular no Google Tradutor, sabe? Então isso eu acho muito complicado... Essa semana veio um pai com uma criança que tinha um, que tava com constipação. Até a gente conseguir descobrir, isso leva muito tempo. E a criança desesperada de dor, entende? Se a gente tivesse; fosse mais preparada, né? Tivesse um curso para saber receber eles eu acho que facilitaria muito.” (P13)

Os trechos apresentados sugerem que estes elementos linguísticos, além de demarcarem a diferença, podem também representar barreiras no contato e na promoção de cuidado entre pessoas de diferentes origens. No entanto, o estudo de Hémono et al (2018) demonstra que esta barreira pode ser contornada quando prestadores de serviços de saúde e assistência social compartilham elementos culturais e linguísticos com os imigrantes atendidos. Assim, neste estudo, profissionais que falavam árabe ou que eram da região do Oriente Médio, por exemplo, enfrentaram menos desafios do que os prestadores que necessitavam do serviço de intérpretes. Além disso, eles eram também mais capazes de fornecer apoio psicossocial aos seus pacientes (Hémono et al, 2018).

A impossibilidade de um encontro cultural entre profissionais e imigrantes, somada à ausência de intérpretes e de capacitação profissional sobre especificidades culturais, pode representar incerteza e insegurança na oferta de cuidados. No contexto de saúde, a impossibilidade de comunicação e trocas a partir de elementos compartilhados entre os interlocutores pode desencadear uma série de problemas como, por exemplo, dificuldade em compreender demandas para definir uma conduta de cuidado (Aizenberg et al., 2015; Chuah et al., 2019; Jaeger et al., 2019; Rousseau et al., 2017; Villadsen et al., 2019; Wamwayi et al., 2019).

“Claro que tem essa dificuldade né, de entendimento, dificuldade de a questão de dar uma medicação e eles entenderem, de as mulheres virem e no pré-natal e aí é tipo assim "ah, tem uma consulta que pode ser por telefone", quando é haitiana manda vim. (...) então tem mal-entendimentos assim.” (P3)

A comunicação entre imigrantes e profissionais de saúde, como as ACS neste caso, é talvez apenas a barreira mais evidente deste encontro com a alteridade. No entanto, percebeu-se nas entrevistas, corroborando o encontrado na literatura, que a diferença é sentida também em aspectos socioestruturais, por exemplo, em relação aos papéis de gênero em cada cultura, práticas religiosas, relacionais e familiares. Inevitavelmente, estas questões têm reflexos nas possibilidades de identificação e construção de vínculo, elementos centrais para o acolhimento (Fernández-Castillo & Vilchez-Lara, 2009; Hémono et al., 2018; Mayorga, 2012; Winn et al., 2018).

“Geralmente é o homem que fala um pouco mais a língua e a mulher não fala nada e elas são um pouco mais reservada assim, eu acho até por isso, por não conhecer, não falar. (...) Porque os árabes, a diferença de cultura é essa, né, é mais o homem que toma a frente.” (P5)

“As crianças aprendem muito rápido, né. (...) Daí esses dias um mandou sozinha a criança. Daí eu fiquei apavorada. Eu disse: “não, tu vai ter que voltar e chamar teu pai”. Aí ele não entendeu: “não, mas meu pai falou que eu posso vir sozinho”. Não, tu não pode vir sozinho. Se acontecer alguma coisa não tem um maior. Eu acho que o pai ficou indignado com a gente.” (P12)

“(...) eu não gosto é porque todos eles bate na criança. Dá tapa na bunda, não sei o que. Não tem só o pai e a mãe brigar, todo mundo briga. Qualquer um dá tapa na bunda e mãe não faz nada. Essa parte eu acho errada mesmo, eu não acho certo.” (P1)

Assim como nos trechos acima, gerenciar a dinâmica tradicional de gênero, como por exemplo, desejar apenas uma provedora de cuidado feminina e diferenças nas práticas culturais de educação foram barreiras relatadas no estudo de Winn et al. (2018). Esta pesquisa com profissionais da saúde em Calgary, no Canadá, teve o objetivo de investigar o cuidado de mulheres refugiadas grávidas em um cenário de corte de verbas para políticas públicas de promoção de saúde.

Neste mesmo sentido, encontrou-se outro estudo qualitativo realizado para explorar as perspectivas dos envolvidos no cuidado dos refugiados sírios na Grécia. Ele evidenciou que as diferenças de idioma e gênero entre refugiados e provedores de saúde, além da falta de privacidade e espaço adequado nas clínicas influenciavam na qualidade do atendimento (Hémono et al., 2018). Pode-se perceber, portanto, tanto no encontrado na literatura, quanto na análise das entrevistas das ACS, que elementos culturais assumem as mais diversas formas e, no encontro com a alteridade no contexto de saúde, podem representar um impedimento para o acesso.

Estudos relataram dificuldade por parte dos profissionais para entender e “traduzir” a demanda apresentada por imigrantes. Esta dificuldade se deu não apenas por causa da diferença linguística e/ou falta de intérpretes, mas também porque a nomeação dos sintomas acontece por meio de signos culturais (Aizenberg et al., 2015; Chuah et al., 2019; Jaeger et al., 2019; Rousseau et al., 2017; Villadsen et al., 2019; Wamwayi et al., 2019). Algumas das ACS relatam esta mesma percepção em relação a dificuldade de nomear o sofrimento em outra língua que não a materna e para alguém de uma cultura diferente da sua:

“(...) se eles são casados, só se o marido deixar pra elas tomarem anticoncepcional. Daí eu noto, assim, que a dor na barriga às vezes poderia não ser dor na barriga, poderia ser alguma coisa vaginal, coisa assim. O relato dela é dor na barriga, daí como a gente fica ali na frente, o primeiro contato que a gente tem é esse, né? Depois a gente fica sabendo, às vezes em alguma reunião, em alguma outra coisa, que foi um outro sintoma, mas elas relatam mais é dor de barriga.” (P5)

Além dos elementos culturais, a próxima unidade de análise 2.1.2. *Condição socioeconômica dos imigrantes*, também determina em quais circunstâncias os imigrantes conseguem ou não acessar a saúde. As ACS percebem que a depender da condição socioeconômica dos imigrantes atendidos há uma variação em suas possibilidades de acesso aos aparelhos do sistema de saúde. A vulnerabilidade socioeconômica pode dificultar ou até mesmo impedir o atendimento. No estudo de Jean-Baptiste et al. (2017), profissionais da saúde descreveram que o isolamento social e as dificuldades econômicas enfrentadas pelas famílias de imigrantes resultam em barreiras na promoção de cuidado com esta população.

As possibilidades de acesso aos serviços de saúde dependem muitas vezes de condições econômicas básicas, como por exemplo, a possibilidade dos imigrantes de arcarem com os custos de transporte para se deslocarem até o local de atendimento (Jean-Baptiste et al., 2017). Em concordância com os estudos consultados, as ACS percebem que imigrantes nem sempre conseguem se adaptar aos horários em que se oferecem as consultas em função de longas jornadas de trabalho, além de necessitar do suporte de suas redes de apoio (Aizenberg et al., 2015; Barreto et al., 2019).

“Quando eles não vêm às vezes é pelo carro, não tem com quem deixar as crianças, os filhos ou o transporte, né, que às vezes eles nem tem transporte pra vim.” (P4)
“Eu acho que a maioria por causa do emprego. Muitos dizem “ah, eu não posso porque eu vou chegar atrasado; ou eu vou perder o serviço, não posso faltar; ou eu vou vir no dia que eu tiver de folga”, eu acho que a maioria é isso.” (P14)

Corroborando essa constatação de que a vulnerabilidade econômica pode ser uma barreira, profissionais entrevistados nos estudos analisados relatam que a mudança frequente

de residência por falta de recursos econômicos, o medo de denúncia quando em situação irregular, o desconhecimento da lei e do modo de funcionamento dos sistemas de saúde podem condicionar o acesso e utilização dos serviços de saúde (Dias et al., 2011; Topa et al., 2016). Da mesma maneira, a questão da mudança constante de moradia em função das condições socioeconômicas aparece como uma variável importante para o acesso dos imigrantes à saúde, na percepção das ACS. Esta questão está principalmente ligada às noções de um cuidado prestado de forma contínua e no território, preceitos fundamentais na atenção primária:

“Se mudam bastante. Eu acho que atrás de um aluguel mais barato, né? Que a gente percebe assim: um aluguel barato. Não de um bairro pro outro, no mesmo bairro, só que em locais diferentes. “Ah, saiu lá de cima e veio mais pra baixo, tava mais embaixo e foi mais pra cima”, mas a gente percebe que é o aluguel, tu vê assim que a diferença é por causa do aluguel.” (P14)

“Porque é aluguel, aí ficam um mês, outros mês vão pra outro local. E o que é triste é que às vezes eles vêm com tanta demanda que eles tiveram que consultar um especialista que nem era nosso assim e a gente se sente mal né, porque não era aqui, era no Itacorubi. Eles, pra eles entenderem onde que era o Itacorubi é bem complicado. É, tipo assim, a gente fica sentindo muita tristeza e bem impotente na questão assim de ter o entendimento pra dizer realmente onde que é o local certo.” (P11)

Os estudos de Barreto et al. (2019), Gistau et al. (2010) e de Fernández-Castillo e Vélchez-Lara (2009) mostram que a falta de conhecimento do sistema de saúde e de condições para acessar uma rede de cuidado fazem com que os imigrantes busquem atendimento somente em momentos de urgência. Isso tem um grande impacto na organização dos serviços e na qualidade do cuidado, uma vez que sem vinculação com a atenção primária, a continuidade do cuidado fica prejudicada (Barreto et al., 2019; Fernández-Castillo & Vélchez-Lara, 2009; Gistau et al., 2010). Acredita-se que a dificuldade dos imigrantes em acessar e seguir com os atendimentos na atenção primária pode acontecer, em grande parte, pela dificuldade de comunicação entre eles e o sistema de saúde do país de acolhida. No entanto, há também outras explicações para isso, como por exemplo, características da escolarização de alguns imigrantes em seu país de origem, fato percebido e relatada pela P11:

“Porque a gente tentou fazer um formulário na língua deles, só que parece que comentaram com nós que eles podem falar, mas eles não têm aquela leitura do formulário. Eles até parece que falam numa língua, mas têm entendimento em outra, alguma coisa assim.” (P11)

Na unidade, 2.1.3. *Limites institucionais*, apresenta-se as barreiras de acesso impostas pelos diversos limites e déficits do sistema de saúde brasileiro manifestados no dia-a-dia das

instituições de atendimento. A falta de profissionais nas equipes de saúde, de medicamentos e de uma estrutura adequada, somados à inexistência de suporte para lidar com as especificidades do atendimento a imigrantes tornam-se muitas vezes barreiras intransponíveis para o acesso e a oferta de cuidado. Bernales et al. (2017) em seu estudo sobre os desafios na atenção primária para imigrantes no Chile, denunciam que responsabilizar unicamente os profissionais pela qualificação do serviço oferecido a imigrantes desresponsabiliza o Estado de pensar e articular melhorias no acesso e na promoção de cuidado para pessoas de diferentes culturas. Assim como os profissionais da pesquisa no Chile, as ACS entrevistadas apontam que questões institucionais interferem diretamente na assistência oferecida a imigrantes:

“O que dificulta é a falta de profissionais. Porque, tipo assim ó, a nossa equipe ela tá certinha. Tem a equipe 100, ela tá certinha e a equipe 101, mas a equipe 102 ela tá muito incompleta. Aí a 101 e a 100 dão suporte e a 102 é a pior no sentido da violência, entendeu? Não tô dizendo do colega, mas a falta de funcionário, do RH, isso o governo aí peca muito e agora, mais do que nunca, esses meses de pandemia, (...) a falta de estrutura em relação a profissionais é lamentável! (...) nós somos como se fosse um grudadinho no outro, como se fosse uma corrente, né? Então, tipo assim, sobrecarrega as outras equipes.” (P2)

Ainda de acordo com o constatado por Bernales et al. (2017) na experiência do Chile, mesmo quando estabelecidas estratégias na atenção primária para o atendimento à população imigrante, estas não eram estratégias permanentes e amplamente difundidas no sistema de saúde. Eram artifícios utilizados em algumas unidades de maneira localizada, não representando, portanto, um avanço geral no sentido de melhorar as condições de acesso e atendimento. As estratégias de atenção construídas, ainda no Chile, eram de difícil implementação devido à falta de acesso aos históricos de saúde dos pacientes e às diferenças estruturais dos CS e comunidades, algo semelhante ao relatado pelas ACS. Por fim, faltam ferramentas que permitam oferecer uma atenção que seja culturalmente sensível às necessidades da comunidade imigrante.

“Como eu te falei a comunicação é péssima, claro que a gente, profissionais, a gente tenta fazer o melhor possível, né, mas o Brasil, a questão da saúde ela não te dá esse suporte né (...) se já pros brasileiros tu já não tem muito (...) pra eles é que a gente não tem o suporte bom, usa até o Google pra conseguir se comunicar.” (P3)

A falta de capacitação profissional para lidar com questões básicas, como cadastro e documentação dos imigrantes, causa um grande transtorno no trabalho das ACS, que atualmente têm sido principalmente um trabalho de secretariado. Após uma determinação do município, as ACS passaram a atuar mais horas nos CS, realizando marcação de exames e

consultas e preenchimento de cadastros. Por consequência da falta de suporte e de capacitação, os atendimentos a imigrantes exigem muito mais tempo e disponibilidade das ACS, deixando-as muitas vezes frustradas e exaustas ao fim de um atendimento:

“(...) pediram pra fazer o cadastro deles, ele é árabe, tu não sabe nos documentos onde é a mãe, onde é o pai naquelas escrita. (...) Então tu já não começa a saber, já começa tendo que perguntar? "Onde é a mãe?". Se é de cima ou de baixo, onde é não sei o que mais. Já começa a perguntar, pra fazer um cadastro, poxa, tu já foi uns 20 minutos.” (P12)

Outra questão importante citada pelas ACS no que concerne aos 2.1.3. *Limites Institucionais* está relacionada à estrutura física dos CS e sua incapacidade de acolher a população ao qual está adstrita. Esta é uma variável estreitamente relacionada com as características do território de cobertura do CS. Por ter uma grande variação em relação ao número de atendimentos e à diversidade da população atendida, em alguns CS esta dificuldade foi relatada pelas profissionais entrevistadas. Percebe-se, na fala da P12, que o espaço físico designado ao CS não está adequado e não segue as diretrizes do preconizado por lei para o funcionamento da Atenção Básica (Brasil, 2012).

“E a gente não tem capacidade. Eu não sei se tu conheceu ali a unidade de saúde nossa? A porta é no corredor e só pode ter três salas. (...) Então é fora da realidade a gente atender. A gente não comporta o nosso cidadão e comportar outras pessoas, né?” (P12)

Uma estrutura física adequada permite não apenas melhores condições de acesso e de atendimento aos usuários, mas também que o CS seja um local de convivência, de formação de vínculo, de acolhimento. A percepção da P12 a respeito da infraestrutura destaca a necessidade de uma melhoria para acolher os usuários, inclusive os imigrantes. As possibilidades de trabalho preconizadas para as ACS para promoção e prevenção de saúde são mais flexíveis e próximas à comunidade. Por fazer parte tanto da comunidade quanto da eSF, as ACS podem desenvolver ações educativas individuais e coletivas em proximidade com a população visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças (Brasil, 2012). No entanto, por falta de infraestrutura e também por uma mudança na forma de trabalho das ACS em Florianópolis, que as deixa com menos tempo de atividades no território, as atividades educativas e de formação de vínculo com a comunidade são pouco incentivadas:

“Também tentamos lutar já várias vezes pra fazer grupo entre elas. A gente queria, teve essa ideia, mas nunca rolou. A gente nunca teve apoio aqui. (...) A ideia inicial era fazer um grupo que elas mesmas [as mulheres imigrantes] coordenassem e depois

íamos ir introduzindo algumas coisas sutilmente. (...) Aqui também não tem, não temos espaço físico pra realizar um grupo. (...) Acho que a gente tem a obrigação aqui no posto de saúde também, né? “Ó, é assim, assim, tem o exame de toque agora em outubro”. Enfim, são tantas coisas. É claro que vai ser um choque pra elas, mas se elas quiserem absorvem ou não.” (P12)

Por atuarem na atenção primária, nas pesquisas consultadas, os profissionais relataram ter maior possibilidade de vínculo com os imigrantes pela proximidade e frequência de contato que mantém com eles. Esta é uma característica de organização e de trabalho deste nível hierárquico de complexidade que tem grande potência para promover um bom acolhimento e integração dos imigrantes (Balaam et al., 2015; Rousseau et al., 2017; Teunissen et al., 2015). Tanto na literatura quanto na percepção das ACS os espaços de acolhimento são essenciais para lidar com a sobrecarga do processo migratório e da integração na nova sociedade.

A 2.1.4. *Organização do SUS*, próxima unidade a ser analisada, busca apresentar as barreiras oferecidas em função da organização do sistema de saúde brasileiro. O atendimento realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado a partir de um modelo de hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Nesta lógica, casos de menor urgência e complexidade são tratados nos serviços da primeira instância e não em centros especializados, melhorando o fluxo e a qualidade dos atendimentos e a eficiência e eficácia de todo o sistema. No primeiro nível de atenção, a atenção básica, estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, onde ocorrem as consultas e procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos (Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ], 2021). É na Atenção Básica que atuam as ACS, participando de alguns procedimentos, como a marcação de exame e as visitas domiciliares, por exemplo.

No segundo nível, entendido como de média complexidade, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Hospitais Escolas, que dão conta de procedimentos e intervenções menos invasivas, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças. No terceiro e último nível, chamado de alta complexidade, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas intervenções mais invasivas e de maior risco à vida (FIOCRUZ, 2021). Como já mencionado, esta organização tem por finalidade otimizar os atendimentos em saúde, no entanto, para imigrantes e, por vezes, até mesmo para a população brasileira, navegar por este sistema é um desafio. No caso dos imigrantes, por não encontrarem informações em sua língua, este se torna uma dificuldade ainda maior, situação descrita pelas ACS:

“Porque também eles não têm entendimento. UPA, eles não têm entendimento do que é, um hospital, pra uma dor de cabeça, ele vai ficar 5 horas, 6 horas esperando. Ou também ele pode não saber a localidade dos hospitais também, né, mas vai demorar 5 horas pra ser atendido, sem saber uma palavra e vai ser classificado como o que? Como não-urgência.” (P12)

“A questão de quando eles vêm com encaminhamento, que o atendimento; quando sai os exames, meu Deus, que dificuldade para ensinar eles. Eles acabam saindo daqui, a gente vê que eles acabam saindo daqui e não entendendo nada. E isso é muito constrangedor para gente né.” (P11)

A falta de ações educativas sobre a organização do sistema de saúde para toda a população e, em específico, de ações que sejam acessíveis à população imigrante torna o acesso aos serviços de saúde confuso e mais moroso o itinerário terapêutico daqueles que necessitam de cuidado. A dificuldade para imigrantes em compreender e navegar no sistema de saúde foi relatada em estudos analisados na revisão de literatura realizados em diferentes países, como Canadá e Dinamarca, por exemplo. Os profissionais de saúde perceberam que as barreiras estruturais, como a lógica de organização do sistema de saúde, somadas à falta de serviços culturalmente adaptados, comprometeram o acesso dos imigrantes e refugiados. Os profissionais chegam a reconhecer que o sistema é muito complicado até mesmo para eles e declaram que é muito difícil para imigrantes conseguirem informações sobre seu funcionamento (Menghesha et al., 2017; Villadsen et al., 2019; Winn et al., 2018), algo semelhante ao que observamos na realidade de Florianópolis:

“(...) pra fazer um cadastro, que às vezes eles chegam aqui e eles não têm nem CPF. A gente nunca sabe, pra fazer um atendimento tem que gerar um Cartão Nacional pra ele e ele não tem conhecimento, não sabe onde que é as coisas né. Às vezes a gente desenha, tá? A gente desenha os lugares pra eles ir.” (P12)

É notável, portanto, a importância de estratégias em níveis estruturais por parte dos sistemas de saúde que promovam uma orientação acessível à toda população atendida. Além disso, a formação profissional para o atendimento culturalmente sensível é essencial para que os imigrantes possam se vincular à rede (Carrasco-Sanz et al., 2017; Fernández-Castillo & Vílchez-Lara, 2009; Farley et al., 2014; Cole et al., 2019). Uma organização do sistema de saúde acessível e o cumprimento do Estado de seu dever de estabelecer políticas nacionais de atenção aos imigrantes, além de difundir e fomentar a criação de protocolos de cuidado culturalmente sensíveis, são essenciais para o atendimento desta população (Carrasco-Sanz et al., 2017).

Jensen et al. (2015) indicam que em função da ausência de uma organização estrutural eficaz para o atendimento a imigrantes, profissionais que atuam neste contexto desenvolvem maior diversidade de estratégias para atender as necessidades de saúde destes que não são contemplados pelo sistema. Estas estratégias podem representar **Facilitadores** nos atendimentos, próxima subcategoria a ser discutida. Portanto, por meio de 2.2.1. *Adaptações no atendimento* os profissionais buscam facilitar e dar condições de acesso à saúde para imigrantes. Para tal, utilizam-se de suas próprias habilidades pessoais e das condições contextuais. As ACS relataram uma série de adaptações que elas adotavam em seu dia-a-dia para melhor atender aos imigrantes. Para superar a barreira comunicacional, a mais citada pelas ACS, elas utilizaram estratégias criativas para estabelecer comunicação com os imigrantes nos atendimentos. As estratégias variaram muito, dentre elas foi citada, por exemplo, a utilização de recursos tecnológicos como suporte para realizar traduções simultâneas:

“A gente tem pelo WhatsApp, acesso pelo WhatsApp. É maravilhoso, facilita muito. Porque se a gente não souber eles falam aqui, já copia e cola no tradutor. Facilita um monte.” (P12)

“Hoje posso falar aqui pelo nosso posto de saúde, né, a gente tá com vários meios de comunicação. Eu acho que isso facilita bastante, né. A gente tá com acesso ao WhatsApp, o presencial, tele-chamada, às vezes quando não pode vir até aqui os médicos ligam pra falar contigo pra fazer consulta. (...) Às vezes a gente pega uma folha, escreve, pra ver se eles conseguem entender ou alguma, dependendo do que tu quer falar, algum objeto, tenta mostrar pra eles pra ver se consegue. São estratégias que a gente vai no dia-a-dia aprendendo pra tentar conseguir ajudá-los, mas que tem capacidade, não tem (...) Ou eles botam naquele Google, para falar, Google Tradutor, um jeito tem que dar.” (P14)

As ACS também utilizaram estratégias com imigrantes que não falavam português semelhantes às encontradas na literatura, tais como usar estratégias não verbais, como uso de papel e caneta, mímica, objetos e posturas corporais (Devillé et al., 2014; Jaeger et al., 2019; Jansky et al., 2019; Kurth et al., 2010; Nakken et al., 2018; Priebe et al., 2011; Silva et al., 2016). Por causa da ausência de intérpretes contratados para atuar nos serviços de saúde, as ACS contam também, quando possível, com amigos e familiares como tradutores. Apesar de estas pessoas não serem capacitadas para tal e ocorrer por vezes uma inversão de papéis no grupo familiar por isso, essas pessoas acabam realizando esta atividade por ser esta a única solução disponível.

Assim, a maior parte das entrevistadas relatou utilizar alguma estratégia para tentar auxiliar os imigrantes que ainda não dominavam o português. Elas buscavam também

trabalhar em equipe, pedindo ajuda para outros profissionais quando não conseguiam entendê-los. Além disso, mostravam grande disponibilidade para encontrar formas de contornar a barreira comunicacional:

“A gente já fez, um bilhetezinho em árabe, em outras línguas ‘por favor, sempre venha com um tradutor’. A gente coloca. Às vezes tem alguém que consegue vir com eles, acompanhar, porque daí flui melhor o atendimento deles. Imagina, ali para o médico que tá ali que não sabe falar inglês, falar tudo que precisa né.” (P12)

Estar disponível a compreender e aceitar as limitações dos usuários e a partir disso buscar em conjunto alternativas denota, nesse sentido, uma sensibilidade cultural no trabalho das ACS. Desenvolver competência cultural, criando espaços sensíveis às diferenças culturais por meio do trabalho em equipes interculturais e com a presença de um serviço de intérprete qualificado, foram estratégias relatadas nos estudos da revisão para superar a barreira comunicacional (Deville et al., 2014; Jaeger et al., 2019; Jansky et al., 2019; Kurth et al., 2010; Nakken et al., 2018; Priebe et al., 2011; Silva et al., 2016). Apesar dos esforços das ACS, suas estratégias ainda são muito rudimentares, percebendo-se a necessidade de melhor estrutura e capacitação para atingirem melhores resultados e menos ruídos na comunicação com imigrantes.

“O que facilita? Falar com eles? Igual eu te falei, se tu chegar e saber brincar na hora e saber fazer eles entender que tu também não tá entendendo, porque eles também não tão entendendo. Por exemplo, às vezes eu brinco e eu falo “vocês vieram pra minha cidade eu não sei falar francês”, eu falo assim pra eles. Daí eles assim “Inglês?”. Então é assim, eles também querem vir falar e brincar. Daí já começa a rir. Geralmente ali na frente (recepção) a gente passa isso. A gente começa a rir porque a gente começa “Não sei falar francês, nem inglês, marromenos - eu faço assim pra eles (gesto com a mão) - português”. Tem que brincar, entendeu? Porque vai fazer o quê? Vai brigar?” (P1)

Para superar a dificuldade de comunicação entre imigrantes e o próprio serviço, as ACS desenvolveram também estratégias associadas às características de sua atuação, como fazer busca ativa dos imigrantes em suas residências ou trabalho quando eles perdem uma consulta ou exame, por exemplo. Os estudos de Priebe et al. (2011) e Willey et al. (2018) indicam que realizar mais visitas domiciliares é uma forma de adaptar os atendimentos e contornar as barreiras que surgem do choque cultural entre paciente e serviço. Atualmente, por causa de uma portaria que mudou a forma de trabalho das ACS e da pandemia de COVID-19 menos visitas têm sido realizadas, o que teve um impacto significativo na relação entre os usuários e os serviços de atenção primária:

“O trabalho que a gente fazia, né? Antes era mais, que a gente tinha mais era função de ir atrás do pessoal, os imigrantes, porque tudo pra eles era diferente, tipo, vacina, essas coisas, teste do pézinho a gente ficava muito em cima deles, tinha até que achar eles pra entregar os exames. (...) era muito no território.” (P5)

Estarem mais próximas dos usuários, circulando no território, nas casas e na comunidade, conhecendo o público que utiliza o serviço foi relatado como um facilitador nos atendimentos. Assim como elas, os estudos também apontam que disponibilizar mais tempo e recursos para os atendimentos com imigrantes possibilita abordagens flexíveis; estas poderão contribuir com a redução do impacto das diferenças culturais e das condições socioeconômicas nas práticas de cuidado (Priebe et al., 2011; Willey et al., 2018). As ACS percebem que quão melhor elas conhecem as pessoas que elas atendem, melhor podem oferecer um cuidado adequado às suas especificidades e necessidades:

“Se eles chegam e eles são da nossa área a gente já faz o cadastro, (...) como nós somos agente de saúde, a gente já pergunta "mora na casa de quem?" A casa de quem seria o dono da casa que eles alugaram, aí se falar isso pra nós, falou "ah, é fulano", falou um nome e a gente conhece, não precisa nem trazer comprovante de residência, a gente já aprova que é daqui mesmo. (...) Daí a gente já facilita isso aí e deu, o acesso já fica.” (P5)

Além disso, as ACS relatam que adaptações no serviço e na forma de trabalhar dos profissionais são essenciais para bem acolher e atender aos imigrantes respeitando sua cultura. Buscar conhecer não apenas a língua dos imigrantes, mas também seus costumes e práticas culturais, pode facilitar os atendimentos e diminuir choques culturais. É necessária, portanto, uma disponibilidade não apenas de tempo, mas também para conhecer este outro que chega até o serviço. Quão mais familiarizados com as formas de ser dos imigrantes, menos a diferença cultura apresenta-se como uma barreira, e a cultura pode, então, voltar a desempenhar seu papel de proteção, sem oferecer ameaça ao outro (Martins-Borges et al., 2019; Martins-Borges, 2013).

“Tem as gestante que elas são árabes, né? às vezes homem não pode fazer os exames, (...) um exemplo, aqui nós temos um médico que é homem, se ela não puder ser atendida por ele, porque tem a cultura, então a outra equipe, que tem uma médica que é mulher atende. Eu acho que isso é bem bom, assim, eu acho que facilita muito pra elas. Cada um tem uma cultura e a gente respeita, né. Isso é fundamental.” (P13)

“Esses dias eu tava conversando com um haitiano que mora perto da minha casa. Eu digo assim: "ó, meu irmão, tu vai ter que fazer um dicionário pra mim." Vai ter que botar tudo as palavras na língua deles e depois vai traduzir no meu idioma, né? Pra mim ficar mais ou menos por dentro, porque a gente recebe muitos deles aqui.” (P9)

As estratégias citadas até agora partiram de iniciativas das ACS ou dos outros profissionais que atuam nos CS. No entanto, boa parte dos facilitadores citados pelas ACS parte da organização e da atuação dos próprios imigrantes. Assim, a segunda unidade de análise desta subcategoria, 2.2.2. *Rede de apoio entre os imigrantes*, busca apresentar os facilitadores desenvolvidos a partir de ações de cooperação entre imigrantes. Na ausência de mediadores culturais ou intérpretes oferecidos pelo Estado, são os próprios usuários que se organizam para criar condições para seu acesso à saúde:

“Teve um período que a gente tinha um haitiano que se prontificou a ajudar no dialeto deles, né? (...) a gente ligava pra ele e ele ajudava a traduzir pelo telefone, às vezes ele vinha e ajudava ou às vezes ele mesmo trazia. Daí quando ele via que a pessoa já tava, não conseguia, ele mesmo vinha. Ele era nosso acesso né.” (P5)

“Porque eles sempre chegam através de uma formiguinha, né? Que eu digo que é, não é um líder é um que já tá aqui há muito tempo, que conhece as regiões, conhece né? (...) E quando, tipo assim ó, aquela família chegou, eles sempre tem um, um intérprete, né? Venezuelano, uruguaiano, o haitiano, sempre tem um, sempre tem um que já conhece. Então eu acho que esse que já tá aqui, já sabe quem vai vir [outros imigrantes] e já recebe, eles são muito unidos, procuram ajudar um ao outro, né? Eu vejo muito isso nos haitianos.” (P2)

Esta rede de suporte construída entre imigrantes, independentemente de serem familiares ou amigos, que oferece auxílio àqueles que têm menos conhecimento sobre o sistema de saúde foi uma estratégia também citada por Wärdig et al. (2018). No entanto, apesar de ser a melhor e a única opção para superar certas barreiras, esta prática acaba por descarregar os Estados de cumprir sua obrigação de estabelecer políticas públicas. Conforme preconizado pela lei de Migração, é por meio da criação de políticas públicas que o Estado deveria garantir a acessibilidade aos mais diversos serviços necessários ao atendimento dos direitos básicos de imigrantes (Brasil, 2017).

Além disso, esta situação coloca os imigrantes em situações para as quais muitas vezes eles não estão preparados e não deveriam passar. É comum que crianças imigrantes, as quais são escolarizadas no país de acolhida, aprendam a língua mais rápido, servindo de intérpretes aos seus pais e familiares. Elas, apesar de cumprirem um importante papel de auxílio para a família, acabam desempenhando uma função e lidando com responsabilidades que não deveriam ser suas.

“Esses dias chegou uma haitianinha ali, junto com uma outra haitiana, ela sabia traduzir muito bem. Aí nós pedimos pra ela “Quando você puder você vem com todo

“mundo! Quando vier alguém tu vem junto” e daí elogiamos ela né, porque ela já sabia falar bem o português.” (P1)

Apesar do Estado brasileiro não ter um plano sólido para tornar os serviços básicos acessíveis a imigrantes no que diz respeito às diferenças culturais, são as características e diretrizes de 2.2.3. *Gratuidade, universalidade e qualidade* do SUS as últimas a serem elencadas como facilitadores para o acesso de imigrantes aos serviços de saúde pública. Diferentemente da maioria dos países, inclusive o país de origem de alguns dos imigrantes atendidos, a saúde no Brasil é um direito de todos. Garantidas desde a Constituição de 1988 com a criação do SUS, a gratuidade e a universalidade tornam o nosso um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Portanto, é por meio da abrangência e do acesso que os princípios do SUS possibilitam, que ele está presente nos contextos mais diversos, como em comunidades ribeirinhas, áreas de risco e grandes centros urbanos.

O fato de o SUS oferecer atendimentos totalmente gratuitos e de caráter universal, além de ser um facilitador no acesso, é também um grande incentivo para que imigrantes busquem os serviços de saúde. Assim, as ACS relatam que os imigrantes buscam muito os CS e elas os atendem sem distinção, dando o mesmo suporte e o mesmo tipo de atendimento a todos:

“Em relação ao SUS, a gente não tem diferença, o SUS é para todos, ele é universal, a gente dá o mesmo suporte, o mesmo tipo de atendimento. (...) É, como eu te falei, aqui não tem diferença. “Ah, vamos dar um tratamento seletivo porque é haitiano ou é da Venezuela.” O SUS é igual pra todo mundo. Ele vai ser atendido como qualquer um.” (P7)

“Não tem discriminação “ah, porque esse é do Brasil, tem que ser na frente”, não. É bem universal. É todo direito, tanto meu, quanto de um haitiano que tá do meu lado, é igual. Então isso eu acho que é muito bom pra eles, facilita e é bem bacana, sabe? Eu acho que é, é que aqui... o não pagamento, assim, no ato, né? Aqueles cartão saúde, então aqui eles têm direito ao SUS, igual pessoas normais aqui.” (P13)

No entanto, não é incomum por parte dos imigrantes o desconhecimento sobre seus direitos e deveres e sobre como acessar o sistema de saúde no novo país (Zucchi & Inoue, 2018). Para as ACS, é a partir da rede de imigrantes já instalada no Brasil que os novos imigrantes aprendem a acessar e a navegar pelo sistema de saúde. Por falta de informações acessíveis em seu idioma, muitos deles dependem apenas dessa rede de fortalecimento. Apesar do amparo dessa rede, quando acessam o CS muitos imigrantes se surpreendem ou ficam desconfiados em um primeiro momento em relação à gratuidade do serviço e de medicamentos.

“Porque eu já ouvi que uma moça falou, ela é haitiana, que lá onde eles moram tudo é pago, tudo, tudo. Nada é de graça, tudo é pago. (...) Ainda teve, até teve uma vez, teve um paciente aqui "Tá, e onde é que é o medicamento? É de graça?", ele já tava começando a falar um pouco, "É de graça? Quantos que custa?", aí a gente orientou "Não, não, é só passar lá e pegar", ele ainda ficou assim, né, surpreendido. Eles não estão acostumados, né?” (P6)

Em situações como essa é fundamental contar com a sensibilidade e a disponibilidade dos profissionais para orientar esses novos usuários. Por fim, para concluir esta categoria, percebe-se que as condições de acesso para imigrantes aos serviços de saúde pública são determinadas por diversas variáveis. Por um lado, aqueles que tentam ou conseguem acessar os serviços encontram importantes barreiras como a impossibilidade de comunicação por não falarem o idioma do país de acolhida, por exemplo. Não apenas a língua, mas outras expressões culturais podem também dificultar o encontro entre imigrantes e profissionais/serviços de saúde. Somados a isto estão a condição socioeconômica muitas vezes vulnerável dos imigrantes, os limites institucionais em acolhê-los em sua singularidade, principalmente cultural e a organização do SUS.

É, no entanto, interessante observar que a organização do SUS e suas características operam tanto como barreiras quanto como facilitadores. A dificuldade dos imigrantes em entenderem o seu funcionamento pode representar importantes empecilhos para seu acesso; no entanto, a gratuidade, universalidade e qualidade de seus serviços são fatores que possibilitam sua utilização. Apesar disso, o Estado não oferece condições adequadas para o acolhimento de imigrantes em suas especificidades; nessa falta, profissionais e imigrantes se juntam para contornar e tentar superar as barreiras.

A próxima categoria - **3. Demandas de cuidado dos imigrantes** - busca identificar as necessidades relativas à saúde física e às demandas psicossociais que os imigrantes apresentam quando chegam ao CS. As ACS entrevistadas relatam que elas são quase sempre o primeiro contato que qualquer usuário tem ao chegar em um CS. São elas que escutam as queixas e os motivos pelos quais alguém busca o serviço. Este encontro no CS é, atualmente, um dos principais momentos de interação entre ACS e usuários. Algumas das ACS entrevistadas mencionam que o motivo para tal foi uma mudança imposta pela prefeitura de Florianópolis em sua forma de trabalho, a qual as mantém mais nos CSs e realizando menos Visitas Domiciliares (VD) do que antes. Portanto, este é um espaço importante e privilegiado para que ocorra o acolhimento.

A pessoa imigrante que busca cuidado em um CS muitas vezes quer e precisa de mais do que um atendimento técnico. Por isso, dividiu-se esta categoria em duas subcategorias, **3.1. Demandas de cuidado com o corpo** e **3.2. Demandas psicossociais**, com o intuito de distinguir as demandas e melhor compreendê-las. Por serem as ACS as primeiras a encontrar com os usuários, são elas também que primeiro entram em contato com suas demandas. Nesta situação, uma escuta atenta é fundamental para determinar qual será o melhor encaminhamento para cada sujeito. Assim, compreende-se cuidado em saúde como um conjunto de ações integradas, que levam em consideração e que respeitam as especificidades de cada usuário (Pinheiro & Mattos, 2005).

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise
3. Demandas de cuidado dos imigrantes	3.1. Demandas de cuidado com o corpo	3.1.1. Acompanhamento médico
		3.1.2. Procedimentos
	3.2. Demandas psicossociais	3.2.1. Busca por auxílio
		3.2.2. Demanda por vínculo

Quadro 3 - Demandas de cuidado dos imigrantes

A subcategoria **3.1. Demandas de cuidado com o corpo** apresenta as principais demandas dos imigrantes em relação à sua saúde física. Nela, as ACS expõem sua percepção da saúde dos imigrantes e quais os principais cuidados que esses usuários solicitam. A primeira unidade de análise desta subcategoria, *3.1.1 Acompanhamento médico*, é referente às solicitações por consultas e cuidados médicos. Na segunda unidade, *3.1.2 Procedimentos*, as ACS elencam procedimentos médicos que os imigrantes necessitam realizar, como por exemplo vacinas e exames.

Conforme mencionado, o *3.1.1 Acompanhamento médico* diz respeito aos cuidados com a dimensão física, do corpo dos imigrantes. No entanto, mesmo que tenhamos a mesma fisiologia e anatomia, a forma de compreender as doenças, sua etiologia e tratamento, são orientadas pela cultura (Helman, 2009; Silva, Langdon & Ribas, 2014). Portanto, profissionais

de saúde e pacientes que não são da mesma cultura, percebem os problemas de saúde de maneira distinta. Suas perspectivas estão baseadas em premissas socioculturais diferentes e eles utilizam diferentes sistemas de avaliação da eficácia do tratamento (Helman, 2009).

Cada cultura possui convenções sobre como comportar-se quando se adocece, portanto, os pacientes apresentam seus sintomas e sua atitude em relação a eles orientados pelas convenções de sua própria cultura. São determinadas por fatores socioculturais tanto a apresentação da doença e a descrição de seus sintomas, quanto a reação dos outros à mesma. Em cada cultura existe uma linguagem própria para expressar o sofrimento e que faz a ligação entre as experiências subjetivas de mal-estar e o seu reconhecimento social. Portanto, em grande medida são os fatores culturais que definem quais sinais e sintomas devem ser percebidos como anormais (Helman, 2009; Martins-Borges, 201; Pelbart, 1989; Silva, Langdon & Ribas, 2014). O desafio no encontro clínico entre pessoas de diferentes culturas consiste em como garantir alguma comunicação entre profissionais de saúde e pacientes (Helman, 2009), como indicado pela P11:

“A gente vê também que tudo elas acham que é normal. Impressionante! Vem com a criancinha com um caroço e tipo assim ó, o caroço já tá há dois, três, quatro, cinco meses. Para ela aquilo é normal. Ai a gente acaba falando: por mais que a consulta seja sua, mas não saia de dentro do consultório sem mostrar para o médico.” (P11)

Posto isto, evidencia-se que as percepções das ACS (e dos outros profissionais do serviço também) sobre o estado e as demandas de saúde dos pacientes estão sempre orientadas por sua própria cultura. Elas relatam que as principais demandas apresentadas por homens e mulheres imigrantes são diferentes. As mulheres buscam o serviço principalmente para cuidados relativos à saúde do aparelho reprodutivo feminino (consultas para exames preventivos e solicitação de anticoncepcionais) e acompanhamento gestacional (pré-natal). Já os homens solicitam consultas para tratar dores decorrentes das atividades laborais que realizam no Brasil.

“As mulheres eu vejo que elas são bem mais dengosas, assim, no sentido de terem dores e elas, tipo uma cólica, elas já vêm pro posto. E cólica, mulher assim, sempre tem, né? E os homens era sempre dor nas costas, eles também procuravam bastante por causa disso. Não sei se eles não eram acostumados a esse trabalho que tem, que aqui é braçal.” (P1)

Percebe-se na fala da P1 que sua visão das mulheres imigrantes é influenciada não apenas por sua percepção do como essas mulheres apresentam suas queixas. Ela é também atravessada pela comparação implícita entre a sua própria experiência de ser mulher, que é

orientada por sua cultura. A P3 também demonstra em sua fala surpresa e até uma certa dificuldade em compreender o que leva mulheres de outras culturas a agirem como elas agem:

“Olha, principalmente as mulheres, né, porque é muita gestante! Impressionante assim, terminou de ganhar um, já tá grávida de outro, né. E por mais que a gente tente essa questão do planejamento familiar nem todas aceitam muito bem a questão do anticoncepcional, né.” (P3)

O estudo de Aizenberg et al. (2015) a respeito das percepções das equipes de saúde sobre as mulheres migrantes bolivianas e peruanas na cidade de Córdoba, Argentina, mostra que usar um critério homogeneizante para perceber a população imigrante ignora as diferenças interculturais. E, ao passar ao nível das práticas de saúde, coloca todo o grupo de migrantes sob o mesmo guarda-chuva, independentemente de suas trajetórias ou particularidades. No entanto, cada uma das populações de imigrantes do estudo (mulheres bolivianas e peruanas), são atendidas diferentemente em decorrência dos estereótipos culturais. Em comparação às bolivianas, as pacientes peruanas são melhor acolhidas por serem caracterizadas como mulheres exigentes e educadas. Assim, é possível perceber que mesmo que os profissionais declarem que todos devam receber o mesmo atendimento, isto não ocorre na prática (Aizenberg et al., 2015).

Pinheiro (2009) nos lembra que o cuidado em saúde, para ser integral como preconiza as diretrizes do SUS, deve acolher e atender o sujeito em seu sofrimento, respeitando sua história e sua maneira de ser. Portanto, cada sujeito em sua singularidade pessoal e cultural vai expressar sua dor e, para acolhê-la, os profissionais de saúde necessitam descentrar-se de sua própria experiência e afastar-se dos estereótipos (Helman, 2009; Silva, Langdon & Ribas, 2014).

Somadas às experiências individuais, os motivos que levam os imigrantes a buscarem os serviços de saúde foram percebidos a partir de uma experiência coletiva. Barreto et al. (2019) relataram em seu estudo, assim como apontado pela P1, que os problemas de saúde ocorrem muitas vezes em decorrência das condições precarizadas de trabalho e socioeconômicas dos imigrantes. Outras ACS também relataram perceber que as condições socioeconômicas e sanitárias dos imigrantes no Brasil, e em seu país de origem, são variáveis importantes na determinação de suas demandas de cuidado:

“No começo teve bastante TB (tuberculose). Era uma demanda assim, bem grande. Agora não sei como é que tá, no início teve bastante. Eles moram em um lugar que é pequeno, né. Aí trazem mais pessoas, aí não tem ventilação, muitas pessoas no mesmo lugar. Agora a COVID pra eles é um risco.” (P7)

“Porque eles chegam nas necessidades básicas, né. Ah, preventivo, estado de gestação, num estado precisando ir num odonto. Acompanhamento, é tomar anticoncepcional, é tudo básico. Mesmas demandas daqui já, da comunidade.” (P6)

Apesar de os imigrantes demonstrarem e vivenciarem as questões de saúde orientados por sua cultura percebe-se, na fala da P6, que elas se aproximam das demandas dos usuários brasileiros. É importante localizar que todas as entrevistas foram realizadas em territórios de risco, ou seja, com presença de vulnerabilidade socioeconômica. A P6 atua em um território onde a presença de imigrantes haitianos é majoritária em relação aos outros imigrantes. De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano de 2020, o Haiti ocupava a 170ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, o que é considerado baixo, numa lista de 189 países (United Nations Development Programme [UNDP], 2020). Tal índice avalia o desenvolvimento econômico e a qualidade de vida da população, portanto, em termos socioeconômicos a situação do Haiti é bastante precária (Barros, 2016).

As ACS percebem que muitas das demandas dos imigrantes vêm justamente em decorrência de déficits trazidos de seus próprios países. Na unidade 3.1.2 *Procedimentos* isso é amplamente relatado pelas participantes. Elas relatam que boa parte dos procedimentos que os imigrantes solicitam não estavam disponíveis em seus países. Como mencionado na categoria **2. Condições de acesso aos serviços de saúde pública**, a 2.2.3. *Gratuidade, universalidade e qualidade* dos serviços de saúde pública brasileiros, pode representar não apenas um facilitador, mas um verdadeiro motivador para a busca de cuidados em saúde para os imigrantes.

“Ah é de tudo. Desde um check-up, eles adoram um check-up, amam um check-up porque no check-up pode pegar bastante coisa, né. A demanda é grande também de gente querendo, de elas virem ganhar bebê aqui, bastante.” (P12)

Como visto, os cuidados com saúde e a compreensão sobre o processo de saúde-doença estão intimamente associados à cultura de origem (Helman, 2009). No entanto, as ACS percebem que os imigrantes vão aos poucos integrando alguns elementos da cultura brasileira, inclusive em relação aos cuidados com a saúde. Para Berry (2004), a integração é um processo que ocorre a nível social, cultural e psicológico como resultado do contato intercultural. Por meio deste processo, que requer negociação mútua constante, os diferentes grupos que coabitam em uma mesma sociedade podem manter suas heranças culturais, na medida em que conseguem também mudar de forma a acomodarem-se às necessidades dos outros grupos (Berry, 2004). Assim, as ACS constatarem que mesmo que os imigrantes tenham essencialmente uma

compreensão de saúde diferente da dos brasileiros, aos poucos eles vão adotando algumas práticas daqui:

“Não sei, assim, mas eu acho que são mais; e a gente vê que agora os haitianos tão se ligando nessa questão de vacina, aí refazer todas que tá atrasada ou muitas que eles nem dão lá, né?” (P3)

“Vem buscar mais é a orientação da saúde, né? Às vezes é vacina para os seus filhos, trazem filhos, crianças, às vezes faltam as vacinas todas pra tomar, eles vêm ver o quadro vacinal deles, o quadro vacinal da criança, que às vezes não tem lá onde eles moravam e pode ser que tenha aqui no Brasil. Aí eles vêm ver se tá tudo certo, se falta mais alguma vacina ou até pra eles mesmo, né?” (P4)

O acesso à saúde é, portanto, também uma forma de acolher e integrar os imigrantes à nova sociedade. Neste contato eles buscam não apenas mitigar dores físicas, mas também outras fragilidades, como será exposto na próxima subcategoria, **3.2 Demandas psicossociais**. As ACS relatam que a 3.2.1. *Busca por auxílio* e a 3.2.2. *Demanda por vínculo* fazem parte dos motivos pelos quais os imigrantes buscam os CS.

Em 3.2.1. *Busca por auxílio* estão reunidas falas por meio das quais as ACS nomeiam orientações e a auxílios socioeconômicos que os imigrantes demandam. Deste modo, desde cestas básicas até como e onde acessar benefícios são solicitações recebidas nos CS. Percebe-se que o CS é um espaço de referência, onde imigrantes buscam auxílio e informações que lhes permitam acessar seus direitos e integrar a sociedade brasileira. Ele cumpre uma função de elo entre a comunidade e o Estado, inclusive por meio da atuação das ACS. Atendendo à população do território por meio de ações da equipe multiprofissional de prevenção, promoção e proteção à saúde conforme as diretrizes do SUS para a Atenção Primária (Brasil, 2012).

“Às vezes, também, não tem noção das coisas. Não sabe aonde ir procurar, o quê que vai fazer. A gente, muitas coisas a gente sabe, orienta eles, né e, como dizer, assim, eles procuram muito, assim, a parte financeira. (...) Auxílio. Muito é auxílio, né? E eles buscam muito o posto pra muitas coisas assim, porque tem certos problemas, doenças, né? Então aqui, pra, aqui é geral, né? Aí vai pra dentista, pra médico, psicólogo, nutricionista, né?” (P10)

“A gente tem alguns que são pessoas que tem problema de saúde, diabetes, hipertenso, que tem problema de saúde. E tem os que não tem nada, que procuram o posto por alguns outros motivos psicológicos, né? E a gente sempre tem esse olhar diferenciado sobre quando vem uma pessoa com, tipo, ela começa a vir muito.” (P1)

Como podemos perceber nas falas tanto da P10 quanto da P1, são muitas as demandas dos imigrantes que escapam ao estritamente físico. Os impactos da imigração são, portanto,

físicos, psíquicos e sociais. Ao passar por um processo migratório, imigrantes podem ficar em estado generalizado de vulnerabilidade. A perda do referencial cultural, somada a outras perdas decorrentes do processo migratório podem levar os imigrantes a um estado de vulnerabilidade psíquica, mesmo que temporária (Martins-Borges, 2013).

A vulnerabilidade psíquica é um estado em que, frente à adversidade, o sujeito não consegue recorrer a seus recursos psíquicos de enfrentamento para lidar com as situações do cotidiano. Neste estado, os imigrantes podem apresentar diversos sintomas como tristeza profunda, isolamento social, conflitos com a cultura de origem ou do país de acolhimento, irritabilidade, queixas somáticas, sintomas de fadiga, insônia, dificuldade de concentração, entre outros (Dantas, 2012; Franken, Coutinho & Ramos, 2012; Martins-Borges, 2013).

*“Eu acredito que se tivessem com tanta dificuldade ou não tinham acesso ao atendimento médico lá porque quando eles chegam aqui parece que explodiu um monte de coisa na cabeça deles e eles acabam procurando o centro de saúde o tempo todo.”
(P11)*

Neste trecho a *P11* nos fala a respeito dos imigrantes que encontra em seu território que são, em sua maioria, haitianos e venezuelanos. Por suas características, tanto o fluxo migratório de haitianos quanto o de venezuelanos, podem ser codificados como o que se compreende como imigração involuntária. Observa-se um intenso fluxo migratório para o Brasil partindo do Haiti desde 2010, após um grande terremoto ter devastado o país. Já a imigração venezuelana para o Brasil se intensificou em 2018 por causa do agravamento de uma crise sociopolítica na Venezuela (Barros, 2016; Santos, Pinto & Barcellos, 2018).

Na imigração involuntária, onde há exposição à violência e à devastação, essas situações podem se inscrever no psiquismo do sujeito como um trauma, levando-o a um estado de vulnerabilidade psíquica. Não é apenas o evento em si que caracteriza o que pode ser traumático, mas também a forma como ele é vivenciado e atinge o sujeito (Freud, 1920/2010; Jibrin, 2017; Martins-Borges, 2013; Martins-Borges & Pocreau, 2009). Assim, esse *“explodir um monte de coisa na cabeça”* que a *P11* relata, parece dizer sobre o como incide a imigração involuntária no psiquismo desses sujeitos. Após passar por um processo intenso de rupturas, eles ficam esgotados psiquicamente, sem acesso aos seus recursos de enfrentamento usuais (Martins-Borges, 2013).

Portanto, a sensibilidade na escuta dos profissionais de saúde para perceber o sofrimento e identificar as demandas “implícitas” durante o encontro com imigrantes é fundamental para facilitar o acolhimento dessa população. Pois, como nos mostra a literatura e nos confirmam as

ACS deste estudo, um sintoma físico nem sempre diz respeito apenas a uma dor no corpo (Dantas, 2012; Franken, Coutinho & Ramos, 2012; Martins-Borges, 2013):

“No geral, qualquer dor vinha aqui. Às vezes não é nem tanto a dor, às vezes eles querem um acolhimento, uma palavra. (...) Veio hoje, aí dois dias depois voltou, a dor já não tá mais centrada aqui, já tá em outro lugar, que dizer que a pessoas que ser acolhida, é mais uma palavra, sabe? É mais um olhar, um acolhimento, uma conversa.”
(P7)

Com o apresentado nesta categoria, pode-se perceber que as demandas dos imigrantes são complexas por condensarem diversas questões sócio-psico-culturais. Eles buscam os CS não apenas para consultas médicas, procedimentos, acompanhamento gestacional ou vacinas. Buscam também para serem atendidos em função das mais diversas demandas, como, por exemplo, para receber orientações sobre como se localizar no novo país ou, às vezes, o que buscam é apenas uma escuta.

Em resumo, não são as patologias que tornam suas demandas complexas, pois como relatado, os imigrantes não apresentam condições graves de saúde. Sua demanda de cuidado está atrelada não apenas ao seu corpo físico, que sofre, mas ao seu corpo simbólico. Está no que ele passou e passa para estar fora de seu país e nas cicatrizes que carrega por isso. Para tratá-las, portanto, é necessário mais do que um atendimento técnico, é necessário um acolhimento.

É nesta perspectiva que será apresentada a última categoria de análise, **4. Práticas de acolhimento**. Com ela, buscou-se identificar e compreender o acolhimento nas práticas diárias das ACS. Para tal, investigou-se quais as dimensões do acolhimento a imigrantes na atuação das ACS e como ele acontece tanto nos CS quanto no território. Nesta investigação também foi possível encontrar barreiras e facilitadores que influenciam no acolhimento.

O acolhimento é uma estratégia da Política Nacional de Humanização (PNH) e deve fazer parte de todos os encontros entre usuários e profissionais dos serviços de saúde do SUS (Brasil, 2006). Ele é uma postura ética que deve ser adotada nos atendimentos e que implica a escuta das queixas, o reconhecimento e o protagonismo do usuário em seu processo de saúde e adoecimento (Brasil, 2010). Portanto, para que ele aconteça nos CS é preciso que a equipe de saúde trabalhe em conjunto, pois esta é uma prática transversal, que não é responsabilidade apenas de um membro, mas de toda a equipe de saúde (Brasil, 2010).

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise
4. Práticas de acolhimento	4.1 Espaços de acolhimento	4.1.1. Atuação no centro de saúde
		4.1.2. Atuação no território
	4.2 Dimensões de acolhimento	4.2.1. Facilitadores
		4.2.2. Desafios

Quadro 4 - Práticas e acolhimento

Por ser uma postura ética a ser assumida nos atendimentos, para que o acolhimento aconteça não existe momento ou local determinado. Ele deve fazer parte de todos os encontros com os usuários, dentro e fora dos serviços de saúde. No entanto, a primeira subcategoria, **4.1 Espaços de acolhimento**, está dividida em duas unidades de análise, *4.1.1 Atuação no centro de saúde* e *4.1.2 Atuação no território*, que buscam localizar o acolhimento para fins de apresentação e análise.

As ACS desempenham suas atividades tanto dentro do espaço físico do CS, quanto no território adstrito. O cadastro e o atendimento ao usuário nos CS, por exemplo, são elencados nas normativas nacionais como atividades das ACS (Brasil, 2006). As ACS realizam dois tipos diferentes de cadastro: um consiste em registrar os dados pessoais e o local de moradia dos usuários quando eles acessam a primeira vez o CS. Para realizar o segundo tipo de cadastro, as ACS recolhem informações de saúde da população da sua microárea de atuação em visitas domiciliares. As informações sobre saúde recolhidas e reunidas pelas ACS dão origem a um perfil de saúde dos usuários do território. No entanto, nos CS dessa pesquisa este segundo tipo

de cadastro não estava sendo realizado pelas ACS em função da pandemia causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)¹⁰.

O cadastro, que a princípio pode parecer um procedimento burocrático e padronizado, também sofre a influência das diferenças culturais e por isso necessita adaptações. Portanto, buscar entender e respeitar as diferenças e as experiências de vida de cada sujeito é essencial para uma postura acolhedora. No atendimento com imigrantes, esta pode ser uma estratégia para conhecê-los e encontrá-los no “meio do caminho”, praticando um descentramento cultural e subjetivo (Martins-Borges et al., 2018).

“Muito cadastro dos venezuelanos, dos uruguaianos, a procura dessa parte tá sendo um pouco maior (...) E quando vem, vem aqui, não é um membro. O venezuelano e o uruguaiano, não é um membro, é cinco, é seis, é quatro.” (P2)”

P2 nos aponta que a diferença cultural pode ser percebida de muitas formas e nos mais diversos comportamentos. Os imigrantes que ela atende buscam o CS em grupo, talvez como uma estratégia de acessibilidade. Conforme mencionado na categoria **2. Condições de acesso aos serviços de saúde pública**, em grupo os imigrantes podem se ajudar. Assim, os que não falam bem português têm suporte nos atendimentos dos outros que já falam melhor a língua. No entanto, esse comportamento parece causar estranheza na P2, talvez porque em sua cultura as estratégias para superar as adversidades são outras. Helman (2009) nos lembra que a cultura pode exercer grande influência na maneira como as pessoas percebem e reagem às adversidades, portanto, grupos sociais e culturais não lidam com as situações da mesma forma.

Corroborando essa percepção, o estudo de Dastjerdi (2012) sobre imigrantes iranianos na região metropolitana de Toronto, Canadá, revelou que, embora os profissionais de saúde e os pacientes compartilhassem a mesma língua e morassem no mesmo país, mal-entendidos ainda eram encontrados entre eles devido às diferenças culturais. Além disso, alguns profissionais mencionaram que determinados pacientes iranianos preferiam visitar médicos com uma nacionalidade diferente da sua para manter sua vida pessoal privada e segura. A cultura é, portanto, um elemento muito importante que incide na vida de cada sujeito de uma maneira particular. É ela que nos organiza enquanto indivíduos, mas também enquanto parte de um grupo.

¹⁰ A partir de março de 2020 o Brasil e a cidade de Florianópolis passaram a registrar e tratar casos de COVID-19. Esta doença, causada por uma variante da família do coronavírus (SARS-CoV-2), desencadeou uma pandemia mundial iniciada em janeiro de 2020 e que dura até o presente momento.

A cultura é central, porém não determinante ou homogeneizadora. Ela nos distingue e nos diferencia em grupos, mas não é garantia de que seus membros terão sempre o mesmo comportamento ou reação frente às situações da vida (Helman, 2009; Martins-Borges et al, 2018). No encontro intercultural, portanto, é essencial saber equilibrar estes aspectos, dando a devida importância tanto para os elementos culturais quanto individuais de cada sujeito.

Conforme mencionado anteriormente, no contexto de saúde, as práticas diárias são também atravessadas por elementos culturais que aparecem nos mínimos detalhes. E, apesar de as ACS buscarem atender os imigrantes em sua singularidade, elas nem sempre têm as condições e o suporte necessários para tal. A postura ética de acolhê-los, neste caso, atua como uma estratégia para tornar o atendimento possível, como se percebe na fala da P13.

“Olha, ele entrou na unidade de saúde a gente primeiro já identifica. E vê pela linguagem dele (...), tenta fazer o possível por amor, né, à profissão.” (P13)

“Temos dificuldades porque para fazer o cadastro deles tem que ter a data de origem que eles chegaram no Brasil. Então tu se perde... Eu me perdi um pouquinho ali, mas no mais é tranquilo. É o nome né, que é trocado [no documento de identificação dos imigrantes] às vezes, né, tem uma pegadinha ali.” (P7)

O acolhimento pode ser compreendido como um método de escuta qualificada com a finalidade de oferecer respostas nos mais diferentes contextos (Coutinho, Barbieri & Santos, 2015). Pode-se observar este método na atuação da P13 e da P7, por exemplo, quando mesmo com dificuldade, elas utilizam o acolhimento como uma ferramenta no atendimento. É por meio de uma escuta atenta que elas percebem a diferença e as necessidades dos imigrantes em seu dia-a-dia de trabalho. No entanto, também é necessário que profissionais que trabalham em contextos onde há encontro com diferentes culturas sejam capacitados para lidar com essas diferenças, pois algumas barreiras não são superadas apenas com o acolhimento (Zucchi & Inoue, 2018).

Na revisão de literatura integrativa sobre o acolhimento na Atenção Primária à Saúde realizada por Coutinho, Barbieri e Santos (2015), dois modelos de atenção à saúde foram destacados a partir do acolhimento. O primeiro é mais pontual e baseia-se na demanda espontânea. O segundo, baseia-se no cuidado integral, longitudinal e interprofissional. Em relação aos lugares onde são realizados os acolhimentos, os estudos confirmam o preconizado nas diretrizes. Portanto, foi referido que ele acontecia em diferentes espaços, como recepção, sala de espera, sala de atendimento ou, ainda, nos ambientes extremos, como em visitas

domiciliares (Coutinho, Barbieri & Santos, 2015). As características do segundo modelo de acolhimento podem ser observadas, por exemplo, na atuação da P3:

“É desde ali, a recepção, até os consultórios, até farmácia, medicação, então, todo o processo assim, né? De, dessa pessoa não se perder. Questão de vacina que tá atrasada, essa questão de, como que eu vou dizer pra ti? Ah, não conseguiu pegar a medicação, já saiu porta afora, né? Porque uns não se ligam muito, porque falam, mas eles não entenderam, porque quando eles entendem eles vão, né.” (P3)

Percebe-se que há um acompanhamento do usuário nos espaços por onde ele transita no CS e que a ACS está atenta às suas especificidades enquanto imigrante. Ou seja, ela se dá conta que, pela barreira linguística, alguns imigrantes podem não compreender os procedimentos de cuidado. Assim, por meio de uma escuta atenta, ela percebe e busca orientá-los de acordo com suas necessidades. O acolhimento é uma diretriz operacional fundamental do modelo assistencial proposto pelo SUS, que busca garantir não apenas a acessibilidade universal ao sistema, mas também a qualificação das relações entre profissionais e usuários (Brehmer & Verdi, 2010).

A segunda unidade de análise, 4.1.2 *Atuação no território*, diz respeito ao acolhimento exercido fora do espaço físico do CS, nas visitas domiciliares (VDs) e buscas ativas que as ACS realizam. No estudo de Santos, Souza, Abrahão e Marques (2013) a VD foi mencionada como um dispositivo de acolhimento que permite conhecer melhor os usuários do território. Ela também auxilia na inserção das ACS na comunidade enquanto profissionais de saúde, facilitando a criação e a manutenção de vínculos com os moradores (Santos et al., 2013).

Mesmo com o reconhecimento das VDs como uma prática fundamental para uma relação próxima com a comunidade, as ACS relatam que em Florianópolis elas são realizadas cada vez menos. De acordo com a P1, após uma mudança estabelecida pela prefeitura de Florianópolis em relação à estratégia utilizada na Atenção Primária, as ACS passaram a atuar mais nos CS e menos no território:

“Eram feitas [VDs], hoje em dia a gente trabalha dentro da unidade e não são feitas mais. Caso tenha alguma busca ativa a gente vai na casa (...), porque mudou o plano aqui em Florianópolis, né? (...) Mas como a gente trabalha dentro do posto agora, a gente não tem ido nas casas fazer isso, né?” (P1)

A VD é um facilitador na formação de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário do sistema. Ela possibilita ao profissional de saúde conhecer o real contexto de vida das pessoas do território, até mesmo daqueles que por algum motivo não podem ir ao CS. Ao conhecer as condições de habitação e as relações familiares dos usuários, por exemplo, os

profissionais ganham outra perspectiva para compreender e tratar as demandas de saúde apresentadas no CS. Portanto, essa é uma tarefa fundamental para o planejamento das ações de saúde e que não deve ser realizada de maneira burocrática (Santos et al., 2013).

A prefeitura de Florianópolis, ao decidir tirar as ACS do território e mantê-las mais tempo nos CS “*porque não quer contratar, [por] falta de administrativo*”, como nos explica a P9, faz uma escolha que privilegia questões administrativas em degradação às possibilidades de oferecer melhor atendimento em saúde para a população. A VD possibilita à equipe de Saúde da Família acompanhar e identificar riscos e agravos na saúde da população, além de facilitar o monitoramento e incentivar a autonomia destes (Santos et al., 2013). Em conformidade com esta perspectiva, a P9 aponta que a VD é uma atividade fundamental para as ACS na prevenção e proteção à saúde, promovendo o cuidado por meio de uma concepção ampliada do processo de saúde/doença:

“Até então o agente de saúde ia lá na rua e via toda a dificuldade lá e trazia pro posto e levava a informação. Mas do ano retrasado pra cá, nós tamo trabalhando aqui dentro. (...) meu trabalho é lá fora, meu trabalho é visitar tua casa. Qual é o papel do agente de saúde? O papel do agente de saúde, ele é o elo entre a unidade de saúde e a comunidade. É o trabalho de prevenção, tá, prevenção e saúde. O meu papel é lá na rua. Tendo uma informação, entendesse? Né? Trazer informação. O agente de saúde, a profissão do agente de saúde foi criado pra isso. Ele é prevenção e saúde. Desde a hora que eu esteje na rua, eu tô evitando que o pessoal lá de cima venha pra cá, que muitas coisas se consegue evitar lá na comunidade e eles não vem na unidade, né.”
(P9)

Nessa concepção ampliada de saúde, o cuidado deve acontecer junto às famílias de forma integral e articulada e, sendo assim, a visita domiciliar é a ação estruturante para o cuidado (Santos et al., 2013). Ao realizarem menos VDs, o cadastro de informação das ACS sobre a situação de saúde das famílias fica prejudicado. Elas passam a ter menos contato com os moradores e com a dinâmica do território. Por serem o elo entre comunidade e serviço de saúde, as ACS são muitas vezes informantes sobre o que está acontecendo na comunidade e com seus moradores, sobre quem chega e quem vai embora. A VD é um espaço e um tempo concedidos pelos usuários à eSF em seu domicílio, diferentemente do CS, que é um espaço protegido dos profissionais (Pedebos, Rocha & Tomasi, 2018). Assim, ir até a casa dos usuários é “cruzar a ponte” em direção à sua realidade. Em um atendimento a imigrantes, essa aproximação pode representar para eles um interesse por parte dos profissionais de saúde pela sua realidade e sua cultura, o que tem um imenso potencial para formação de vínculos.

“Antes, quando tinha vida normal, a gente ia na casa deles [dos imigrantes] e tudo, daí era um pouco mais, a informação chegava na casa né, daí eu acho que era um pouco mais facilitado pra eles daí. Geralmente a gente recebia uma busca ativa né, uma informação que chegou um imigrante novo. Daí a gente ia lá, informava onde que era o posto, pedia pra né, os procedimentos que tinha que tomar, via se tinha criança. Quando eles chegavam a gente já ia pra fazer cadastro, essas coisas, porque a função nossa é fazer cadastro, né. Então a gente já ia pra facilitar. No ir, a gente já pegava todas as informações e facilitava o máximo pra primeira consulta deles né.” (P5)

Além da mudança mencionada imposta pela gestão do município de Florianópolis, as ACS também relataram que a realização de VDs sofreu alterações em razão das medidas sanitárias necessárias à prevenção do contágio por coronavírus. Esta impossibilidade de manter um contato mais próximo com a população, teve também impacto nas estratégias de atendimento a imigrantes, como relata a P5. No entanto, devido à importante situação de fragilidade social em que se encontra boa parte da população e à situação íntima que o processo saúde-doença possui com a dinâmica social, em alguns casos, a falta ou a diminuição das VDs pode tornar-se uma barreira para o acolhimento nos serviços de saúde (Pedebos, Rocha & Tomasi, 2018).

Finalmente, a última subcategoria de análise, **4.2 Dimensões de acolhimento**, apresenta o significado que as ACS atribuem ao acolhimento e às diferentes formas que elas encontram para realizá-lo. Organizada em duas unidades de análise, *4.2.1 Facilitadores* e *4.2.2 Desafios*, esta subcategoria explora as estratégias utilizadas pelas ACS para acolher imigrantes em seu dia-a-dia de trabalho.

De acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS, para que ocorra o acolhimento o profissional deve acompanhar o usuário desde a sua entrada no serviço de saúde, responsabilizando-se por ele em sua integralidade por meio de uma escuta qualificada (Brasil, 2006). Acredita-se que esta postura permitirá ao indivíduo condições de expressar suas queixas e preocupações em sua singularidade (Pedebos, Rocha & Tomasi, 2018). Para profissionais de saúde que atuam em eSF entrevistados no estudo de Santos et al. (2013), o acolhimento é a recepção dos usuários por meio de comportamentos atenciosos. Esta visão está de acordo com o relatado por quase todas ACS, conforme ilustrado na fala da P1:

“Acolhimento é receber bem. É, todos bem, porque eu acho assim, ó, se tu trata todos bem na hora que a pessoa chega, tu acolhe, você, todo o processo vai fluir melhor. Se eu bater de frente com o processo e eu primeiro não acolher direito, já vai dar problema ali. Pronto, já fechou o dia.” (P1)

“Acolhimento? Pra mim eu acho que desde a porta, né? Que você tem um bom atendimento, que tu consegue entender o quê que o paciente, né, quer e também ter

uma noção assim, uma percepção assim, né? Muitas vezes eles chegam ali falando uma coisa e na verdade é outra que eles desejam.” (P3)

Não existe um protocolo estabelecido para realizar o acolhimento, que deve ser flexível e integrado em todas as ações (Brasil, 2010). No entanto, o estudo de Freire, Storino, Horta, Magalhães e Lima (2008) elencou algumas características desejáveis nos profissionais para a prática do acolhimento tais como: capacidade de escuta, empatia, bom relacionamento com a população, disponibilidade, interesse, abertura, paciência e afetividade.

Algumas destas características, como paciência e bom relacionamento, podem ser identificadas na fala da P1. Já a P3 traz em sua fala outra dimensão do acolhimento, a da importância da escuta. Portanto, é por meio de uma escuta atenta que é possível perceber e identificar as reais demandas dos pacientes e acolhê-los. Estas características, aliadas à estratégias individuais e de grupo são 4.2.1 *Facilitadores* para acolher os usuários do sistema de saúde.

Oferecer uma escuta atenta e qualificada e conseguir estabelecer uma comunicação respeitosa e atenciosa com os usuários foram estratégias relatadas pelas ACS como facilitadores para o acolhimento. Além disso, buscar conhecer aqueles que frequentam e buscam atendimento no CS pode ser um grande diferencial na promoção de um acolhimento orientado pelas especificidades de cada sujeito. Em relação ao atendimento com imigrantes, as ACS consideram que saber sobre a cultura deles pode auxiliar no acolhimento e evitar mal-entendidos, como aponta a P2:

“Porque tu conhecendo um pouquinho tu jamais vai chegar de uma forma que tu sabe que não é a deles, entende? Vai acabar te afastando, vai diminuir a frequência e não é isso que a gente quer, né? Facilita bastante.” (P2)

A vinculação, a aderência e a continuidade do cuidado a imigrantes em serviços do sistema de saúde do país de acolhida é uma problemática debatida em diversos estudos (Barreto et al., 2019; Fernández-Castillo & Vélchez-Lara, 2009; Gistal et al., 2010). O afastamento dos imigrantes desses espaços pode ocorrer por diversos motivos, inclusive, como sugere a P2, pelo desconhecimento dos profissionais a respeito da cultura desses usuários. Nesta perspectiva, o acolhimento diz respeito também ao descentramento cultural e implica, portanto, sair de sua própria perspectiva de mundo e acolher a de um outro (Helman, 2009; Martins-Borges, 2013; Silva, Langdon & Rivas, 2014).

Apesar de a maioria das ACS relatarem disponibilidade para fazer todo o possível para acolher os usuários, existem limites tanto individuais quanto técnicos e institucionais.

Portanto, é importante ressaltar a necessidade do preparo técnico-científico para fundamentar as ações de cuidado e não sobrecarregar alguns membros da eSF com demandas que eles não têm competência técnica para dar conta (Freire et al., 2008).

No acolhimento a imigrantes, essa sobrecarga aliada a falta de suporte técnico e outras barreiras podem tornar-se verdadeiros 4.2.2 *Desafios*, próxima unidade de análise. Os desafios para o acolhimento são inúmeros e das mais diversas ordens. Ter que criar estratégias para acolher pessoas em situação de vulnerabilidade sem um preparo para tal, pode desencadear nas ACS inclusive um desgaste psicológico, conforme relata a P12:

“A gente também não é preparado pra isso, tá? A gente é muito psicólogo. Dependendo, tem gente que vem aqui só pra ver a gente, só pra conversar. E assim, pra gente também é desgastante psicologicamente.” (P12)

Em seu estudo sobre as implicações éticas oriundas das práticas cotidianas de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Brehmer e Verdi (2010) apontam que a insuficiência de profissionais tem um resultado negativo tanto para usuários – que não recebem um atendimento adequado às suas necessidades, quanto para os trabalhadores. No caso destes últimos, a exaustão e a incapacidade de atender a todos com o mesmo critério de qualidade causam insatisfação e sobrecarga. Portanto, como alerta a P12, os profissionais envolvidos no acolhimento necessitam de suporte para realizar uma boa atuação.

Principalmente se tratando do atendimento na Atenção Primária, o território de adstrição do CS é muitas vezes uma área de risco, com presença de vulnerabilidade socioeconômica e criminalidade. Assim, as características do contexto de trabalho podem contribuir para o aparecimento de certas tensões. Cada cenário vai determinar as condições de atuação dos profissionais e, no atendimento a imigrantes, isso não é diferente. Neste sentido, as ACS relataram alguns fatores que podem se tornar desafios no acolhimento de imigrantes, como, por exemplo, seu próprio preconceito e intolerância. Além disso, foram mencionadas também a falta de interesse e de conhecimento sobre a cultura e as práticas de cuidado à saúde dos imigrantes atendidos, conforme ilustrado nas falas da P14 e da P6.

“Nós somos preconceituosos, né? E às vezes a gente julga, né? A gente escuta bastante no ônibus, isso falando como moradora, né: Ah, porque esse pessoal veio de fora, agora ocupam os lugares todos no ônibus, não tem mais lugar pro pessoal da comunidade.” (P14)

“Ah, zero, não entendo nada, não tenho nenhum conhecimento [sobre a cultura deles]. Não [busco saber], porque não é nem interesse.” (P6)

Estes são fatores que estão ligados tanto às ACS individualmente, quanto a seu contexto social e de trabalho. Comportamentos preconceituosos, por exemplo, não são apenas individuais, são também sociais. Esta díade indivíduo-sociedade é indissociável e se retroalimenta, portanto, não cabe responsabilizar unicamente um de seus lados. Para que o acolhimento de imigrantes seja cumprido enquanto diretriz e estratégia de atendimento, é necessário mais que uma formação técnica para os profissionais que atuam nos serviços de saúde (Brehmer & Verdi, 2010). É preciso que sejam realizadas sensibilizações constantes a respeito do atendimento em saúde em contexto intercultural com o objetivo de desenvolver competência cultural nos profissionais e serviços; promovendo, assim, uma aproximação entre eles e os imigrantes do território (Campinha-Bacote, 2002; Damasceno & Silva, 2017; Gouveia, Silva & Pessoa, 2019).

Corroborando esta percepção da necessidade de investimento para possibilitar um bom acolhimento, estudos destacam como obstáculos limites estruturais nos serviços impostos pela infraestrutura inadequada e pela escassez de profissionais (Brehmer & Verdi, 2010; Matumoto, Mishima, Fortuna, Pereira & Almeida, 2009; Oliveira, Fiorin, Santos & Gomes, 2010). Portanto, muitas vezes o acolhimento não pode ser realizado pela ausência de condições básicas de recebimento dos usuários. Esta escassez é também encontrada na prática é relatada pela P9:

“Falta de RH, falta de espaço físico, falta de treinamento. Ah, pra contornar a gente vai tentando com os meios que a gente tem em mãos, né? (...) Só que daí acontece o seguinte, ele é atendido, no outro dia já vai alguém ficar sem atendimento devido a demanda. É uma bola de neve.” (P9)

Como visto, as **4. Práticas de acolhimento** aos imigrantes realizadas pelas ACS são inúmeras. Elas são influenciadas tanto pelas experiências individuais de quem as realiza, quanto pelo contexto onde ela se dá. Estas variáveis vão determinar os desafios, estratégias e possibilidades para que o acolhimento aconteça ou não. Ainda assim, é indispensável sublinhar a necessidade de levar em consideração toda a estrutura física e o contexto social que envolvem o processo de acolhimento em um serviço de saúde em vistas de não responsabilizar um profissional pelo seu sucesso ou fracasso.

Como uma postura ética definida pela PNH, o acolhimento a imigrantes é realizado pela maioria das ACS entrevistadas. No entanto, faltam-lhes ferramentas para que o acolhimento a imigrantes, enquanto estratégia de cuidado integral, possa ser efetivado. Assim, torna-se evidente a necessidade de o Estado investir em formações constantes para os

profissionais que atuam nos serviços da Atenção Primária, como CSs, para que estes estejam aptos a lidar com as constantes mudanças deste nível de atenção.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, que teve por objetivo compreender o acolhimento realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) a imigrantes na cidade de Florianópolis, teve sua origem no contato da pesquisadora com o trabalho destas profissionais. Para concluí-la, portanto, cabe retomar algumas questões iniciais. Foi a partir da atuação como estagiária de psicologia no Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes (CRAI) de Florianópolis que a pesquisadora teve o primeiro contato e conheceu o trabalho das ACS.

Nesta experiência, o acompanhamento do serviço de psicologia a uma imigrante que se encontrava em situação de vulnerabilidade, sem trabalho e sem rede de apoio social no Brasil, só foi possível por meio do intermédio de uma ACS. Esta profissional atuou como uma facilitadora no contato com esta imigrante que, à época, não possuía acesso a nenhum meio de comunicação (telefone, e-mail, etc). Esta ACS era vizinha da imigrante atendida, além de acompanhar seu caso na rede de saúde, assim, sua atuação criou condições para que o serviço de psicologia do CRAI pudesse atender e acompanhar esta imigrante.

Esta situação chamou atenção para as possibilidades de atuação das ACS por suas características. O lugar das ACS, que envolve uma dupla dimensão - são parte tanto da comunidade onde atuam quanto do serviço de saúde -, dá a estas profissionais condições únicas de trabalho em proximidade aos usuários do território. É importante mencionar que conhecer os moradores que habitam o território e, muitas vezes, compartilhar das mesmas dificuldades enfrentadas por eles pode operar com um facilitador para o vínculo e o acolhimento, mas o contrário também pode acontecer.

Assim, por experienciar na prática a potência das especificidades da atuação das ACS no atendimento a imigrantes, a pesquisadora se propôs a explorar como ocorria o acolhimento a esta população e, para tal, entrevistou 15 destas profissionais que atuam em Florianópolis.

O primeiro objetivo específico estabelecido, a fim de explorar o tema, consistiu em identificar os significados atribuídos por ACS à imigração. Por meio dele foi possível encontrar não apenas o que as ACS pensam sobre o processo migratório em si, mas também sobre os próprios imigrantes. Assim, os imigrantes foram definidos como “estrangeiros” e “diferentes”. E, ao mesmo tempo que representavam uma “ameaça”, eram também admirados por serem um “povo guerreiro”.

Ao tentar dar contorno a este que é o “estrangeiro”, percebe-se uma certa ambivalência das ACS, pois, ao mesmo tempo que elas os veem como ameaçadores, por vezes também conseguem se identificar com eles. Esta identificação ocorre principalmente a partir de elementos identitários que compartilham, como raça ou religião. No entanto, ao associarem os

imigrantes a situação de vulnerabilidade socioeconômica, por exemplo, eles se tornavam uma ameaça. Assim, considera-se como uma interpretação para tal a possibilidade desta ameaça vir de uma dificuldade de identificação das ACS com essa condição de vulnerabilidade. Neste caso, a vulnerabilidade socioeconômica representaria na verdade uma vulnerabilidade muito maior, a simbólica. O (in)familiar que o imigrante suscita toca naquilo que é aterrorizador em si mesmo, portanto, projeta-se nele a ameaça advinda da própria fragilidade (Freud, 1919/2019).

Os imigrantes com quem as ACS entram em contato em seu trabalho ou comunidade, chegam à sociedade de acolhida e se instalam às suas margens, submetendo-se aos perigos desse território desconhecido. Sem condições socioeconômicas de ocuparem outros espaços, os imigrantes se refugiam nos territórios mais precarizados da cidade. E, conforme relatado por diversas ACS, elas se colocam no lugar deles: “E se fosse comigo?”. Aquelas que conseguiram fazer este exercício propositalmente, obtiveram melhores condições de acolhê-los. No entanto, quando essa identificação não acontecia de maneira consciente, a ameaça de se verem e se reconhecerem nestes imigrantes, agora em situação tão próxima à sua, tornava-se uma barreira para o acolhimento.

Nesta perspectiva, a cultura representa tanto uma barreira quanto um ponto de encontro. Ao conseguir reconhecer-se neste outro através de elementos narcísicos protegidos, os imigrantes puderam tornar-se menos ameaçadores. Assim, quando as ACS buscavam conhecer a cultura dos imigrantes ou quando compartilhavam com eles alguns costumes ou práticas religiosas, por exemplo, a tentativa de uma aproximação cultural atuou como uma ponte para que pudesse ocorrer um encontro.

Apesar de identificarem que são diferentes, para as ACS os imigrantes não têm um perfil definido. Eles têm uma outra língua, uma outra cultura e formas diferentes de ser, no entanto, não possuem uma homogeneidade. Sobretudo, são percebidos como um povo guerreiro e resiliente que imigra para buscar melhores condições de vida e que, para alcançá-las, muitas vezes corre riscos tanto no caminho quanto no país de acolhida.

O segundo objetivo específico desta pesquisa, que buscou nomear as condições de acesso aos serviços de saúde pública para imigrantes na percepção de ACS, possibilitou identificar barreiras e facilitadores para tal. As ACS nomearam a diferença cultural, as condições socioeconômicas dos imigrantes, os limites institucionais dos serviços de saúde e a organização do SUS, que é pouco conhecida pelos imigrantes, como barreiras.

O choque causado pelas diferenças culturais entre os imigrantes e os profissionais podem representar uma barreira para o acesso dos primeiros aos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à linguagem. Assim, apesar dos esforços de muitas ACS

para se aproximarem e acolherem os imigrantes, a barreira linguística torna-se quase intransponível quando sem recursos como intérpretes ou tradutores.

Em razão da ausência de intérpretes ou tradutores contratados para atuar nos serviços de saúde, as ACS relataram como um facilitador para os atendimentos, a atuação de amigos e familiares como mediadores. São elencados pelas ACS como facilitadores para o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde a adoção de algumas adaptações no atendimento, a própria rede de apoio entre os imigrantes e a gratuidade, universalidade e qualidade do SUS.

No entanto, apesar de sua mediação facilitar e de muitas vezes ser o único recurso disponível para possibilitar o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, amigos e familiares não estão capacitados para tal. Esta estratégia é, portanto, problemática, pois além da falta de capacitação, pode ocorrer uma inversão de papéis no grupo familiar, por exemplo. Assim, filhos, às vezes crianças, exercem a função de cuidado dos pais, pois por frequentarem a escola aprendem português mais rápido e se tornam, por falta de opção, os intérpretes da família nas mais diversas situações.

A barreira linguística para o acesso está presente também na falta de informações acessíveis sobre o sistema de saúde no idioma dos imigrantes. Por isso, muitos imigrantes dependem de uma rede de apoio, criada entre eles mesmos, em que uns ajudam e explicam aos outros como acessar seus direitos. Percebe-se que esta é uma questão relacionada à linguagem e não apenas somente ao idioma, pois o que torna os serviços inacessíveis não é apenas a falta de proficiência dos profissionais que atuam nos CS, por exemplo, no idioma dos imigrantes. E sim a incapacidade de adaptação cultural para acolhê-los, o que inclui também questões ligadas ao idioma, mas não apenas. Portanto, a ausência de capacitação para os profissionais lidarem com as diferenças culturais e de um serviço de intérpretes qualificados para dar suporte nos atendimentos representam barreiras para o acesso de imigrantes aos serviços de saúde.

Como citado, a falta de suporte do Estado para criar condições para que imigrantes compreendam o funcionamento do SUS pode representar um importante empecilho em seu acesso. No entanto, algumas características do SUS operam tanto como barreiras quanto como facilitadores. Por exemplo, a organização dos serviços em níveis de atenção hierarquizados permite uma atenção próxima aos usuários em seu nível primário, o que foi relatado como uma grande potencialidade no trabalho com imigrantes por permitir aos profissionais acompanhá-los de perto. Também a gratuidade, universalidade e qualidade de seus serviços são fatores que possibilitam sua utilização para esses usuários que apesar de não serem cidadãos brasileiros, são cidadãos de direitos.

O terceiro objetivo desta pesquisa foi identificar as principais demandas de cuidado em saúde apresentadas por imigrantes na perspectiva de ACS. As ACS percebem que os imigrantes buscam os serviços de saúde motivados por dois tipos de demandas: as demandas de cuidado com o corpo e as demandas psicossociais. As primeiras estão associadas ao acompanhamento médico e a procedimentos, como exames e vacinas. Já as demandas psicossociais dizem respeito à busca por ajuda e por vínculo dos imigrantes nos serviços de saúde.

Segundo as ACS, os homens imigrantes buscam os CS principalmente para demandar cuidado por dores decorrentes dos trabalhos que realizam aqui no Brasil que, em sua visão, são extremamente precarizados. E as mulheres imigrantes procuram atendimentos relacionados à saúde do sistema reprodutivo feminino, como consultas para anticoncepcionais e acompanhamento pré-natal. Cabe ressaltar que, mesmo que os seres humanos tenham em geral a mesma fisiologia e anatomia, a forma de compreender as doenças, sua etiologia e tratamento são sempre orientadas por questões socioculturais (Silva, Langdon & Ribas, 2014; Helman, 2009). Portanto, profissionais de saúde e pacientes que não são da mesma cultura, percebem os problemas de saúde de maneira distinta não apenas por estes primeiros terem uma formação acadêmica na área da saúde. Suas perspectivas diferem pois estão baseadas em premissas socioculturais diferentes. Por isso utilizam diferentes sistemas para compreensão do processo saúde-doença e também para avaliação da eficácia dos tratamentos (Helman, 2009).

Além de questões estritamente físicas, chama a atenção a quantidade de demandas dos imigrantes que chegam aos CS. Eles buscam por auxílio socioassistencial, por escuta, por vínculos, por acolhimento. Percebe-se, corroborando o encontrado em outras pesquisas sobre migração, que seus impactos são globais, são físicos, psíquicos e sociais. Portanto, ao passar por um processo migratório, imigrantes têm grandes chances de ficar em um estado generalizado de vulnerabilidade, principalmente se este foi um processo de imigração involuntária (Martins-Borges, 2013).

Em resumo, não são as patologias que tornam as demandas apresentadas por imigrantes complexas, mas todos elementos que se somam à sua condição de imigrante e no encontro intercultural no contexto de saúde. São exemplos disso a distância cultural entre profissionais e imigrantes, a língua e as condições do percurso migratório e seus efeitos. Suas demandas por cuidado estão atreladas não apenas ao seu corpo físico, que sofre, mas ao seu corpo simbólico. Está no que eles passaram e passam para estarem fora de seu país e nas cicatrizes que carregam por isso. Para tratá-las, portanto, é necessário mais do que um atendimento técnico, é necessário um acolhimento.

Assim, por reconhecer este estado de vulnerabilidade frequente em processos migratórios, como quarto e último objetivo específico desta pesquisa, buscou-se descrever as práticas de acolhimento de ACS em resposta às demandas de cuidado em saúde de imigrantes. Tais práticas ocorrem tanto na atuação das ACS nos centros de saúde quanto no território.

Por ser definido pelas diretrizes do PNH tanto uma prática quanto uma postura ética, o acolhimento deve ser transversal em toda e qualquer atuação de todos os profissionais que trabalham no SUS (Brasil, 2004). Assim, tanto em um atendimento pontual para realizar um cadastro de novo usuário, quanto em acompanhamentos longos, com visitas domiciliares frequentes, por exemplo, foram descritos pelas ACS como espaços propícios para praticar o acolhimento. Para a maioria das ACS entrevistadas, acolher significa estar disponível e atenta para identificar quais as demandas dos usuários e atendê-las, mesmo quando elas não são explicitamente verbalizadas. O acolhimento, para elas, tem a ver com uma escuta atenta e qualificada.

Nesta perspectiva, verificou-se que o acolhimento tem várias dimensões e que existem variáveis que podem facilitar ou ser um desafio para realizá-lo com imigrantes. Buscar se aproximar e conhecer a cultura dos imigrantes atendidos, por exemplo, pode auxiliar, na visão das ACS, a acolhê-los. Paradoxalmente, justamente as diferenças culturais e linguísticas representam um grande desafio, chegando a ser intransponível em algumas situações pela ausência de suporte técnico para promover um atendimento que seja culturalmente sensível. Portanto, o Estado, por não dar condições adequadas para o acolhimento de imigrantes em suas especificidades no SUS, precariza as condições de trabalho dos profissionais e também a experiência de cuidado dos usuários.

No entanto, a precarização por falta de investimento e suporte não têm impactos apenas no atendimento à imigrantes. As VDs, prática que possibilita à equipe de Saúde da Família acompanhar e identificar riscos e agravos na saúde da população, foram deliberadamente reduzidas enquanto prática das ACS por questões administrativas em Florianópolis. As VDs são uma atividade fundamental para as ACS atuarem na prevenção e proteção à saúde, promovendo o cuidado por meio de uma concepção ampliada do processo de saúde-doença. A prefeitura de Florianópolis, ao decidir tirar as ACS do território e mantê-las mais tempo nos CS por questões administrativas, faz uma escolha que privilegia questões econômicas em degradação de melhores condições de atendimento à saúde da população. Assim, é importante pensar que, se o trabalho com imigrantes já é um desafio por suas especificidades, este cresce à medida que as ACS se encontram em condições precárias de trabalho.

Mediante o apresentado, pode-se afirmar que o acolhimento a imigrantes, em sua total complexidade e abrangência, realizado por ACS ainda não está integrado nas ações e nos CS de Florianópolis por uma série de motivos. Apesar dos esforços individuais dessas profissionais em acolher os imigrantes utilizando os recursos a seu alcance, a falta de condições e suporte adequados que deveria ser proporcionado pelo Estado as impede de fazê-lo de maneira eficaz e adequada.

O acolhimento é uma ferramenta pensada e criada para possibilitar que o SUS efetive seus princípios constitucionais, promovendo um atendimento em saúde humano, integral e universal. Entretanto, ainda se faz necessário investimento do Estado para qualificar a maneira como ele vem sendo realizado. Pois, conforme aponta Coutinho et al. (2015), quando feito de forma desarticulada e pontual, o acolhimento corre o risco de ser resumido a uma atividade de triagem, descaracterizando seu principal objetivo que é a humanização dos atendimentos em saúde.

Por meio da análise dos dados, fica evidente que não há uma uniformidade quanto à prática de acolhimento a imigrantes por parte das ACS e dos serviços de saúde de Florianópolis. Mesmo considerando as condições únicas de cada CS pesquisado, percebe-se necessária, para efetivamente acolher imigrantes, uma organização dos serviços pautada em normatizações e, principalmente, na promoção da educação permanente. Esta educação, deverá ter por objetivo desenvolver competência cultural nos profissionais e serviços a fim de torná-los sensíveis às diferenças culturais.

São os serviços de saúde, por meio de suporte e de condições oferecidas pelo Estado, que precisam se organizar para oferecer o acolhimento, e não o contrário. Responsabilizar unicamente os profissionais que, como apresentado, já trabalham em condições precárias, ou ainda os usuários imigrantes, é uma forma de manter o Estado isento de cumprir com sua responsabilidade de criar condições e políticas públicas para fazer cumprir a legislação. Legislação esta que preconiza, por meio da Constituição brasileira e da Lei de Migração, o atendimento e acolhimento de todos, não importando sua nacionalidade, de forma universal e integral no SUS (Brasil, 1988; Brasil 2017).

Cabe ainda ressaltar que o Centro de Referência de Atenção a Imigrantes de Florianópolis, mesmo tendo sido uma experiência tão breve, foi capaz de impactar a vida dos imigrantes e marcar sua necessidade como serviço integrante da rede socioassistencial. O objetivo de um serviço como este não é ser o único espaço responsável por acolher e atender imigrantes, mas sim ser uma referência e um suporte tanto para imigrantes quanto para a rede

de saúde e socioassistencial. Inclusive no que se refere, por exemplo, à capacitação para esta última no acolhimento a imigrantes.

Conclui-se que as ACS de Florianópolis buscam acolher imigrantes desenvolvendo as mais diversas estratégias, mas que, no entanto, lhes faltam ferramentas próprias para tal. A falta de instrumentalização das ACS para lidar com as diferentes dimensões de seu trabalho faz com que elas atuem apenas a partir dos saberes que têm à sua disposição: o senso comum e suas próprias percepções da realidade. Esta situação faz com que elas se sintam menos capazes e recebendo menos investimento do Estado em comparação aos seus colegas.

Mediante os dados encontrados neste estudo, recomenda-se que o Estado, por meio da prefeitura municipal de Florianópolis, invista em melhores condições de trabalho para estas profissionais e em um programa de educação constante, como prescrito pela Política Nacional de Humanização, para que tanto as ACS quanto outros profissionais da eSF possam acolher imigrantes em suas especificidades (Brasil, 2006).

Cabe ainda ressaltar que, apesar de considerar-se que o Estado tem o dever de oferecer condições adequadas para o acolhimento, não é de sua exclusiva responsabilidade realizá-lo. Tanto os profissionais que trabalham nos serviços de saúde quanto a própria população podem contribuir para a integração e o bem estar dos imigrantes no país de acolhida. Ainda que as capacitações sejam essenciais e devam ser oferecidas pelo Estado, cabe também aos profissionais buscarem se informar para melhor atender aos usuários. Assim, percebeu-se que ficar no senso comum e não buscar outras maneiras de conhecer sobre a cultura dos imigrantes que atendem foi uma escolha consciente de muitas das ACS entrevistadas. Portanto, é importante relembrar que todo sujeito, como cidadão, tem uma responsabilidade social de buscar formas de construir uma sociedade mais justa e igualitária para todos

Enquanto limite metodológico desta pesquisa destaca-se o fato de ela ter sido realizada em meio a pandemia causada pelo novo coronavírus, o que impediu a pesquisadora de acompanhar um dia de trabalho das ACS nos CS e fazer um diário de campo como havia sido previsto inicialmente. Além disso, apesar de esta pesquisa ter se interessado pela atuação das ACS no acolhimento a imigrantes, podendo assim investigar com profundidade este fenômeno, julga-se relevante que a atuação de outros profissionais da eSF também seja investigada neste sentido. Portanto, como indicação para novas pesquisas nesta área, propõe-se investigações mais amplas, que considerem outros distritos sanitários de Florianópolis e também outros profissionais de saúde a respeito do atendimento a imigrantes neste contexto.

REFERÊNCIAS

- Aizenberg, L., Rodríguez, M. L. & Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones internacionales*, 8(1), 65-94. Retrieved July 19, 2021, from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062015000100003&lng=en&tlng=
- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados [ACNUR]. (2020). https://www.unhcr.org/5ee200e37/#_ga=2.5180336.2044140987.1626388600-1688441349.1619636207
- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados [ACNUR]. (2017). <http://www.acnur.org/portugues/recursos/estatisticas/dados-sobre-refugio-no-brasil/>
- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados [ACNUR] (2014). <http://www.acnur.org/t3/portugues/recursos/estatisticas/dados-sobre-refugio-no-brasil/>
- Amiri, R., Heidari, A., Dehghan-Nayeri, N., Vedadhir, A. A., & Kareshki, H. (2015). Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*, 8(7), 203. Recuperado de <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n7p203>
- Araújo, L. F. S.; Dolina, J. V.; Petean, E.; Musquim, C. A.; Bellato, R. & Lucietto, G. C. (2013). Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Brasileira Pesquisa Saúde*, Vitória, Espírito Santo, p. 53-61.
- Assis, G. O. (2018). Nova Lei de Migração no Brasil: avanços e desafios. In *Migrações Sul-Sul /* Baeninger, R; Bógus, L. M.; Moreira, J. B.; Vedovato, L. R.; Fernandes, D.; Souza, M. R.; Baltar, C. S.; Peres, R. G.; Waldman, T. C. & Magalhães, L. F. A (Orgs.) – Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, (2a ed.), 609-623.
- Balaam, M. C., Kingdon, C., Thomson, G., Finlayson, K., & Downe, S. (2016). 'We make them feel special': The experiences of voluntary sector workers supporting asylum seeking and refugee women during pregnancy and early motherhood. *Midwifery*, 34, 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.12.003>
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. 5ed. Lisboa: Edições 70,
- Barreto, M. S., Nascimento, D. G., Magini, L. Y. Z., Oliveira, I. L. de, Vieira, V. C. de L., & Marcon, S. S. (2019). Discourse of nurses and doctors on the use of the emergency service by immigrants. *Escola Anna Nery*, 23(3), e20190003. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0003>
- Barros, M. L. & Bairrão, J. F. M. H. (2010). Etnopsicanálise: embasamento crítico sobre teoria e prática terapêutica. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 11 (1), 45-54.

- Barros, A. F. O. (2016). *Reconstrução em movimento: os impactos psicológicos do terremoto de 2010 em imigrantes haitianos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC.
- Barros, A. F. O. & Deschamps, M. (2018). A escuta do traumático: sobre reconstruções impossíveis na solidão. In: *Por que uma clínica do testemunho? / Clínicas do Testemunho RS e SC* (pp. 304). Porto Alegre: Instituto APPOA.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M. & Chepo, M. (2017). Desafios en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 34 (2): 167-175. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>.
- Berry, J. W. (2004). Migração, aculturação e adaptação. In: De Biaggi, S. D.; Paiva, G. J. (orgs.). *Psicologia, E/Imigração e Cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Pp. 29-45.
- Brasil. (2019). Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Refúgio em Números*. 4ª edição. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros_versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf
- Brasil (2018). Lei Federal nº 13.595 de 5 de janeiro de 2018. *Diário Oficial da União*. Publicado em: 18/04/2018. Edição: 74. Seção: 1. Página: 3. Órgão: Atos do Poder Legislativo
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2017.
- Brasil. (2017). Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm
- Brasil. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde)
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 85-334-1268-1
- Brasil. (2006). Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm
- Brasil. (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Brasil. (1980). Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil.
- Brehmer, L. C. de F. & Verdi, M. (2010). Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 15, suppl 3 [Acessado 19 Julho 2021], pp. 3569-3578. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>. Epub 19 Nov 2010. ISSN 1678-4561.
- Briggs, L. (2011). Demoralization and Psychological Distress in Refugees: From Research to Practice. *Social Work in Mental Health*, 9(5), 336–345.
- Boeira Lodetti, M., Martins-Borges, L. (2020). Processo migratório de refugiados sírios em Florianópolis (Brasil): significações, fatores de risco e de proteção. *Alterstice*, 9(1), 95-106
- Boeira-Lodetti, M. (2018). Continuidade partida: Impactos psicológicos da imigração em refugiados sírios residentes na Grande Florianópolis (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.
- Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Tradução Maria J. Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo M. Baptista. Porto, Portugal: Porto Editora, LDA.
- Boerleider, A. W., Francke, A. L., van de Reep, M., Manniën, J., Wiegers, T. A., & Devillé, W. L. (2014). "Being flexible and creative": a qualitative study on maternity care assistants' experiences with non-Western immigrant women. *PloS one*, 9(3), e91843. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091843>
- Cabral, T. M. N., & Albuquerque, P. C. (2015). Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. *Saúde em Debate*, 39(104), 159-171. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040415>.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista brasileira de enfermagem*, 57(5).
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Cano, C. M. & Sánchez, S. C. (2018). Cuidados y diversidad cultural: un estudio de caso en un centro de Atención Primaria en Murcia. Published by Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.50.12>
- Carneiro, N., Silveira, C., Silva, L. M. B. & Yasuda, M. A. S. (2018). Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 22, n. 64, pp. 87-96. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0338>

- Carrasco-Sanz, A., Leiva-Gea, I., Martin-Alvarez, L., Del Torso, S., van Esso, D., Hadjipanayis, A., Kadir, A., Ruiz-Canela, J., Perez-Gonzalez, O., & Grossman, Z. (2018). Migrant children's health problems, care needs, and inequalities: European primary care paediatricians' perspective. *Child: care, health and development*, 44(2), 183–187. <https://doi.org/10.1111/cch.12538>
- Cavalcanti, L; Oliveira, T.; Macedo, M., (2020). 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
- Chuah, F., Tan, S. T., Yeo, J., & Legido-Quigley, H. (2019). Health System Responses to the Health Needs of Refugees and Asylum-seekers in Malaysia: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(9), 1584. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091584>
- Cole, D.C., McLaughlin, J.E., Hennebry, J.L. & Tew, M.A. (2019). Precarious patients: health professionals' perspectives on providing care to Mexican and Jamaican migrants in Canada's Seasonal Agricultural Worker Program. *Rural and Remote Health*; 19: 5313. <https://doi.org/10.22605/RRH5313>
- Colussi, C. F. & Pereira, K. G. (orgs) (2016). Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf
- Coutinho, L. R. P., Barbieri, A. R. & Santos, M. L. de M. dos (2015). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate* [online]. v. 39, n. 105 [Acessado 19 Julho 2021] , pp. 514-524. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. ISSN 2358-2898.
- Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes. 3 ed. Porto Alegre: ARTMED, 296 páginas.
- Damasceno, R. F., & da Silva, P. L. N. (2018). Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care* | ISSN 2179-6750, 9. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.435>
- Dantas, S. D. (2012). Saúde mental e interculturalidade: Implicações e novas proposições diante dos desafios em tempos de globalização. In Dantas, S. D. (Orgs.), *Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais*. (pp 109-160). São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo.
- Dastjerdi M. (2012). The case of Iranian immigrants in the greater Toronto area: a qualitative study. *International journal for equity in health*, 11, 9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-9>
- Devereux, G. (1981). “A Etnopsiquiatria”, *Análise Psicológica*, N.º 4, Série I, Abr./Mai./Jun. 198
- Devillé, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Jensen, N. K., Karamanidou, C., Kluge, U., Mertaniemi, R., Riera, R. P., Sárváry, A., Soares, J. J., Stankunas,

- M., Strassmayr, C., Welbel, M., & Priebe, S. (2011). Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC public health*, 11, 699. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-699>
- Diário Oficial da União. (2013). Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União.
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H., & Martins, M. O. (2011). Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: a perspectiva dos profissionais de saúde. *Acta medica portuguesa*, 24(4), 511–516.
- Dias, S., Rodrigues, R., Silva, A., Horta, R., & Cargaleiro, H. (2010). Procura de Cuidados e Acesso aos Serviços de Saúde em Comunidades Imigrantes: Um Estudo com Imigrantes e Profissionais de Saúde. 7.
- Dow, H. E. (2011) An Overview of Stressors Faced by Immigrants and Refugees: A Guide for Mental Health Practitioners. *Home Health Care Management & Practice*, 23(3) 210–217.
- Estevan, M. D. G. & Ruiz, M. C. S. (2017). La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Atención Primaria*. Volume 49, Issue 9, November 2017, Pages 549-556. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.013>
- Farley, R., Askew, D., & Kay, M. (2014). Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. *Australian journal of primary health*, 20(1), 85–91. <https://doi.org/10.1071/PY12068>
- Ferenhof, H., & Fernandes, R. (2016). Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SFF. *Revista ACB*, 21(3), 550-563. Recuperado de <https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/1194>
- Fernández-Castillo, A. & Vílchez-Lara, M. J. (2009a). Necesidades Percibidas en la Atención Hospitalaria Pediátrica a Inmigrantes según la Opinión Profesional: Estudio Cualitativo. *Psychosocial Intervention [Internet]*, 18(2), 153-164. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200006&lng=es.
- Fernández-Castillo, A. & Vílchez-Lara, M. J. (2009b). Opinión Profesional sobre la Hospitalización Infantil de Inmigrantes de Origen Latinoamericano en Andalucía, España. *Revista de Salud Pública*, 11(3), 336-346. [Acessado em 19 de julho de 2021]. ISSN: 0124-0064. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217846003>
- Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ]. Site Pense SUS. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br>. Acessado em 21 de junho de 2021.
- Fontanella, B. J., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 17-27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003
- Fossá, M. I. T. & Silva, A. H. (2015). Análise de Conteúdo: Exemplos de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativo. *Completar*

- Franken, I., Coutinho, M. P. L. & Ramos, M. N. P. (2012). Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. v. 32, n. 1 [Acessado 19 Julho 2021] , pp. 202-219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100015>. Epub 18 Jun 2012. ISSN 1982-3703.
- Freire, L. A. M., Storino, L. P., Horta, N. C., Magalhães, R. P. & Lima, T. (2008). O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de Saúde da Família. *Reme, Belo Horizonte*, v. 12, n. 2, p. 271-277, 2008.
- Freud, S. (2019). *O infamiliar / Das Unheimliche*. Belo Horizonte: Autêntica (Trabalho originalmente publicado em 1919).
- Freud, S. (2010). *História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos")*, Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1913). *Totem e Tabu*. In: Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 11-125.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5a. ed.). São Paulo. Atlas.
- Gistau J.L., Duch I. V., Orpinell M.M., Serra C.P. & Rojas A.G. (2010). Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Atención Primaria*. 2012;44(2):82-88. doi: 10.1016/j.aprim.2010.11.014
- Gonçalves, M., & Matos, M. (2016). Competência Cultural na Intervenção com Imigrantes: Uma Análise Comparativa entre Profissionais da Saúde, da Área Social e Polícias. *Acta Médica Portuguesa*, 29(10), 629. Recuperado de <https://doi.org/10.20344/amp.7121>
- Gondim, G., Monken, M., Rojas, L. I., Barcellos, C., Peiter, P.C., Navarro, M. B. M. A. (2008). O território da saúde: a organização dos sistemas de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237- 55.
- Gondim, G. & Monken, M. (2009). Territorialização em saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Recuperado de <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>
- Gouveia, E. A. H., Silva, R. de O. & Pessoa, B. H. de S. (2019). Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. v. 43, n. 1 suppl 1 [Acessado 15 Julho 2021] , pp. 82-90. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>>. Epub 13 Jan 2020. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>.
- Griffiths, G., Tarricone, I., Berardi, D., Donegani, I., Fioritti, A., Maisto, R., ... Spigonardo, V. (2017). The provision of mental health services to immigrants and refugees in Italy: the barriers and facilitating factors experienced by mental health workers. *Journal of Psychopathology*, 23, 79-86

- Grupo de Apoio ao Imigrante e Refugiado de Florianópolis e Região (GAIRF). (2015). *Novos Imigrantes e Refugiados na Região da Grande Florianópolis: Observações preliminares sobre suas experiências e demandas*. Florianópolis.
- Hassan, G., Fraser, S-L., Papazian, G., & Rousseau, C. (2012). La psychologie clinique culturelle : une question de savoir être. *Psychologie Québec*, 29(1), 32-34.
- Hémono, R., Relyea, B., Scott, J., Khaddaj, S., Douka, A., & Wringe, A. (2018). "The needs have clearly evolved as time has gone on." A qualitative study to explore stakeholders' perspectives on the health needs of Syrian refugees in Greece following the 2016 European Union-Turkey agreement. *Conflict and Health*, 12(1), 24. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0158-9>
- Hendson, L., Reis, M. D., & Nicholas, D. B. (2015). Health Care Providers' Perspectives of Providing Culturally Competent Care in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 17–27. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12524>
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Hudelson, P., Dao, M. D., Perneger, T., & Durieux-Paillard, S. (2014). A "migrant friendly hospital" initiative in Geneva, Switzerland: Evaluation of the effects on staff knowledge and practices. *PLoS ONE*, 9(9), Article e106758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106758>
- Hultsjo, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52(4), 276–285. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2010). Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra/default_resultados_gerais_amostra.shtm.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2020). Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>. Acessado em 19 de julho de 2021
- International Organization for Migration [IOM]. (2019). *World migration report 2020*. McAuliffe, M. and Khadaria (eds.). Geneva. DOI: http://doi.org/10.1787/eco_srveys-usa-2018-en
- Jaeger, F. N., Pellaud, N., Laville, B., & Klausner, P. (2019). The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC health services research*, 19(1), 429. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4164-4>
- Jansky, M., Owusu-Boakye, S., & Nauck, F. (2019). "An odyssey without receiving proper care" - experts' views on palliative care provision for patients with migration background in Germany. *BMC palliative care*, 18(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0392-y>
- Jean-Baptiste, E., Alitz, P., Birriel, P. C., Davis, S., Ramakrishnan, R., Olson, L., & Marshall, J. (2017). Immigrant health through the lens of home visitors, supervisors, and administrators: The Florida Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting program. *Public Health Nursing*, 34(6), 531–540. <https://doi.org/10.1111/phn.12315>

- Jensen, N. K., Norredam, M., Draebel, T., Bogic, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2011). Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC health services research*, 11, 154. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-154>
- Jensen, N. K., Norredam, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC family practice*, 14, 17. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-17>
- Jibrin, M. (2017). *Acolhimento psicológico de imigrantes involuntários: um encontro com a alteridade* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.
- Jubilut, L. L., Frinhani, F. M. D., & Lopes, R. O. (2018). Introdução. In: *Migrantes forçados: conceitos e contextos* / Líliliana Lyra Jubilut, Fernanda de Magalhães Dias Frinhani, Rachel de Oliveira Lopes, organizadoras. – Boa Vista, RR : Editora da UFRR, 2018
- Kalengayi, F. K., Hurtig, A. K., Nordstrand, A., Ahlm, C., & Ahlberg, B. M. (2015). 'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global health action*, 8, 27903. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27903>
- Kristeva, J. (1994). *Estrangeiros para nós mesmos*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- Kurth, E., Jaeger, F.N., Zemp, E., Tschudin S. & Bischoff A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health* 10, 659. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-659>
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. (4a. ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1982).
- Laplantine, F. (1998). *Aprender etnopsiquiatria*. São Paulo: Brasiliense.
- Lechner, E. (2016). Migração, resiliência e empoderamento: uma equação teórico-prática à luz da pesquisa biográfica. *Revista Brasileira De Pesquisa (Auto)biográfica*, 1(2), 314-325. <https://doi.org/10.31892/rbpab2525-426X.2016.v1.n2.p314-325>
- Lévi-Strauss, C. (2009). *As estruturas elementares do parentesco*. 5a. ed. Petrópolis: Vozes. 540 p. (Trabalho original publicado em 1949).
- Losco, L. N. & Gemma, S. F. B. (2019). Sujeitos da saúde, agentes do território: O agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/interface.180589>
- Macedo, R. S. (2010). *Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação*. Brasília: Liber Livro.
- Machado, G. S., Barros, A.F. O., & Martins-Borges, L. (2019). A escuta psicológica como ferramenta de integração: práticas clínicas e sociais em um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes em Santa Catarina. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27(55), 79-96.

- Malinowski, B. (1973). *A vida sexual dos selvagens*. Petrópolis: Vozes. (Trabalho originalmente publicado em 1927).
- Martine, G. (2005). *A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. São Paulo em Perspectiva* [online]. 2005, v. 19, n. 3 [Acessado 19 Julho 2021], pp. 3-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392005000300001>. Epub 01 Out 2007. ISSN 1806-9452. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392005000300001>.
- Martins-Borges, L. & Pocreau, J-B. (2009). Reconhecer a diferença: O desafio da Etnopsiquiatria. *Psicologia em Revista*, 15(1), 232–245. Recuperado de <https://doi.org/10.5752/627>
- Martins-Borges, L. (2013). Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40):151-162. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-85852013000100009>.
- Martins-Borges, L., Jibrin, M., & Barros, A. F. O. (2015). Clínica intercultural: A escuta da diferença. *Contextos Clínicos*, 8(2), 186–192. Recuperado de <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.82.07>
- Martins-Borges, L., Lodetti, M. B., Jibrin, M., & Pocreau, J-B. (2019). Inflexões epistemológicas: A Etnopsiquiatria. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 31, n. esp., p. 249-255, set. 2019. Recuperado de https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29001
- Matumoto, S., Mishima, S. M., Fortuna, C. M., Pereira, M. J. B., & Almeida, M. C. P. de. (2009). Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 17(6), 1001-1008. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600012>
- Mendes, E. R. P. (2019). O estranho dentro de nós, a intolerância à diferença. *Reverso*, 41(78), 45-54. Recuperado em 19 de julho de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952019000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.
- Mónico, L. S., Alferes, V. R., Castro, P. A., & Parreira, P. M. (2017). A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*.
- Moreira, J. B., Sala, J. B. (2018) *Migrações Forçadas: categorização em torno de sujeitos migrantes*. In: *Migrantes forçados: conceitos e contextos* / Liliana Lyra Jubilut, Fernanda de Magalhães Dias Frinhani, Rachel de Oliveira Lopes, organizadoras. – Boa Vista, RR: Editora da UFRR, 2018
- Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. Atas CIAIQ.
- Moro, M. R. (2015). Psicoterapia transcultural da migração. *Psicologia USP*, 26(2), 186–192. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140017>

- Nakken, C. S., Norredam, M., & Skovdal, M. (2018). Tactics employed by healthcare providers in Denmark to determine the vaccination needs of asylum-seeking children: a qualitative study. *BMC health services research*, 18(1), 859. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3661-1>
- Nathan, T. (1994). *L'Influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob
- Nathan, T. (1993). *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était*. Paris: Dunod.
- Nicholas, D., Fleming-Carroll, B., Durrant, M., & Hellmann, J. (2017). Examining pediatric care for newly immigrated families: Perspectives of health care providers. *Social Work in Health Care*, 56(5), 335–351. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1292985>
- Oliveira, M. A. C. & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 158-164. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
- Oliveira, R. C. M. (2014). (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*, vol. 2, nº 4
- Oliveira, E. R. A., Fiorin, B. H., Santos, M. V. F. & Gomes, M. J. (2010). Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória*, v. 12, n. 2, p. 46-51.
- Onyigbuo, C. C. (2017). Nigerian Clergy and healthcare professionals' perceptions of health-seeking behaviours among Nigerian immigrants in the UK.
- Organização Internacional para as Migrações [OIM]. (2009). Glossário sobre Migração. *Direito Internacional da Migração*, 22.
- Palmer-Wackerly, A. L., Chaidez, V., Wayment, C., Baker, J., Adams, A., & Wheeler, L. A. (2019). Listening to the Voices of Community Health Workers: A Multilevel, Culture-Centered Approach to Overcoming Structural Barriers in U.S. Latinx Communities. *Qualitative Health Research*, 104973231985596. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1049732319855963>
- Papadakaki, M., Lionis, C., Saridaki, A., Dowrick, C., Brún, T., O'Reilly-de Brún, M. & MacFarlane, A. (2017). Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: Perspectives of service providers. *European Journal of General Practice*, 23(1), 129–135. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1307336>
- Paris. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf
- Pedebos, L. A., Rocha, D. K. & Tomasi, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. 119 [Acessado 15 Julho 2021], pp. 940-951. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912>.

- Pelbart, P. P. (1989). Etnologia e Loucura. In: Da clausura do fora ao fora da clausura, Loucura e desrazão. São Paulo: Ed. Braziliense, pp. 193-206
- Pinheiros, R. & Mattos, R. A. (2005). Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco.
- Prado, E. J. P. & Coelho, R. (org.) (2015). Migrações e trabalho. Brasília: MPT. 236 p. ISBN 9788568203026
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*, 11, 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>
- Richard, L., Richardson, G., Jaye, C., & Stokes, T. (2019). Providing care to refugees through mainstream general practice in the southern health region of New Zealand: a qualitative study of primary healthcare professionals' perspectives. *BMJ open*, 9(12), e034323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034323>
- Rousseau, C., Oulhote, Y., Ruiz-Casares, M., Cleveland, J., & Greenaway, C. (2017). Encouraging understanding or increasing prejudices: A cross-sectional survey of institutional influence on health personnel attitudes about refugee claimants' access to health care. *PloS one*, 12(2), e0170910. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170910>
- Sánchez-Ojeda, M. A., Alemany, A. I. & Gallardo, V. M. Á. (2017). Visión de enfermería hacia el colectivo de pacientes marroquíes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51(0). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016022703227>
- Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T. & Priebe, S. (2013). Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 105–116. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0528-3>
- Santos, C. O. P. dos, Andrade Pinto, F., & Barcellos, V. G. (2018). Movimentos migratórios em tempos de globalização:: hospitalidade x hostilidade. *Brazilian Journal of Latin American Studies*, 17(32), 102-113. <https://doi.org/10.11606/issn.1676-6288.prolam.2018.146489>
- Santos, S. A. S., Souza, A. C., Abrahão, A. L. & Marques, D. (2013). The domiciliary visit as a practice of reception in the medical program of Family/Niterói. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3698-3705..
- Saquet, M. A. (2003). Os tempos e os territórios da colonização italiana. Porto Alegre: EST edições.
- Silva, G. J., Cavalcanti, L., Oliveira, T., Costa, L. F. L. & Macedo, M. (2021). Refúgio em Números, 6ª Edição. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Comitê Nacional para os Refugiados. Brasília, DF: OBMigra.
- Silva, J. A. & Dalmaso, A. S. W. (2002). O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface* -

- Comunicação, Saúde, Educação, 6(10),75-83.[data de consulta 19 de Julho de 2021]. ISSN: 1414-3283. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114097007>
- Silva, A.C; Langdon, E.J & Ribas, D.L. (2014). Percepção e cuidados com as pessoas diagnosticadas com psicopatologia crônica nas Comunidades Kaiowá e Guarani de Mato Grosso do Sul. *Ciência Humana e Sociais em Revista*, 36: 07-25.
- Silva, R. G. M., Possas, C. R. D. S. S., Barbosa, M. R., Araújo, H. F., & dos Santos, M. S. C. (2016). Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 20(2). Recuperado de <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v20i2.2016.5219>
- Silva, K., Rocha, C., & D'Avila, L. (2020). Invisibilizados na ilha do Desterro: os novos fluxos de imigrantes e refugiados em Florianópolis. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, 15(1), e33488. doi:<https://doi.org/10.5902/1981369433488>
- Sousa, G.C. (2007). O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental: percepções e ações na atenção a pessoas em sofrimento mental. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Souza, M. L. (1995). O território: sobre o espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro, I. E., Gomes, P. C. C. & Corrêa, R. L. *Geografia: Conceitos e Temas*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.
- Terraza-Núñez, R., Vázquez, M. L., Vargas, I., & Lizana, T. (2011). Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. *International Journal of Public Health*, 56(5), 549–557. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0223-7>
- Teunissen, E., Van Bavel, E., Van Den Driessen Mareeuw, F., Macfarlane, A., Van Weel-Baumgarten, E., Van Den Muijsenbergh, M., & Van Weel, C. (2015). Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands: A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners. *Scandinavian journal of primary health care*, 33(2), 82–90. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1041830>
- Topa, J. B., Conceição, M., & Neves, A. S. (2013). Dos discursos e práticas dos/as técnicos/as de saúde aos direitos das mulheres imigrantes nos contextos de saúde. 20.
- Turato, E. R. (2005) Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- United Nations Development Programme [UNDP]. (2020). Relatório do Desenvolvimento Humano de 2020. A próxima fronteira: O desenvolvimento humano e o Antropoceno. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2020_overview_portuguese.pdf
- Vázquez, N. M. L., Terraza, N. R., Vargas, L. I. & Lizana, A. T. (2009). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 396–402. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.10.008>
- Vázquez, M.-L. (2016). Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health Policy*, 10.

- Villadsen, S. F., Ims, H. J. & Andersen, A. M. N. (2019). Universal or Targeted Antenatal Care for Immigrant Women? Mapping and Qualitative Analysis of Practices in Denmark. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3396. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183396>
- Wamwayi, M. O., Cope, V., & Murray, M. (2019). Service gaps related to culturally appropriate mental health care for African immigrants. *International journal of mental health nursing*, 28(5), 1110–1118. <https://doi.org/10.1111/inm.12622>
- Wärdig, R., Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2019). Healthcare staff's evaluation of a walk-in centre at a healthcare centre in an immigrant-dense area. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1473–1481. <https://doi.org/10.1111/jocn.14737>
- Willey, S. M., Cant, R. P., Williams, A., & McIntyre, M. (2018). Maternal and child health nurses work with refugee families: Perspectives from regional Victoria, Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 27(17-18 (S1)), 3387-3396. <https://doi.org/10.1111/jocn.14277>
- Winn, A., Hetherington, E., & Tough, S. (2018). Caring for pregnant refugee women in a turbulent policy landscape: Perspectives of health care professionals in Calgary, Alberta. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 91. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0801-5>
- Zucchi, E. M., Inoue, S. R. V. (2018). Acolhimento de Refugiados e Migrantes Forçados: desafios para a atenção primária. In: *Migrantes forçados: conceitos e contextos* / Liliana Lyra Jubilut, Fernanda de Magalhães Dias Frinhani, Rachel de Oliveira Lopes, organizadoras. – Boa Vista, RR : Editora da UFRR.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada(o) participante,

Eu, Júlia de Souza Lopes, estudante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-a(o) a participar do processo de coleta de dados de minha Dissertação de Mestrado, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Lucienne Martins Borges. Essa pesquisa se intitula “O Acolhimento a imigrantes na perspectiva de Agentes Comunitárias de Saúde” e tem por objetivo Compreender o processo de acolhimento realizado por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) à imigrantes que residem na cidade de Florianópolis.

Seu papel, enquanto participante, consistirá em responder a perguntas em uma entrevista e a um questionário sociodemográfico. Cabe salientar que a entrevista será gravada em áudio, em ambiente onde sua privacidade esteja protegida e que apenas os pesquisadores responsáveis terão acesso direto às informações oferecidas por meio dos dados coletados.

De acordo com os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, referentes à proteção aos participantes, asseguramos que sua participação será absolutamente sigilosa, não constando nome ou qualquer outro dado que possa identificá-la(o). Ressaltamos que a sua participação é absolutamente voluntária e que não haverá nenhuma retribuição financeira para que você colabore com a pesquisa. No entanto, caso você se sinta prejudicada(o) de alguma forma em decorrência da participação nesta pesquisa, você poderá solicitar indenização de acordo com as leis vigentes.

Este projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC e pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Estes órgãos têm como objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, contribuindo no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Caso você queira entrar em contato com o Comitê da UFSC, pode fazê-lo por meio do telefone (48) 3721-6094, pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br e/ou pelo endereço Rua Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade, Florianópolis – SC, CEP 88.040-400. Já a CAPPs pode ser contatada através do e-mail espfloripa@gmail.com ou do telefone (48) 3239-1593.

Esse estudo não se isenta de apresentar riscos psicológicos, podendo causar desconforto a você ao responder as perguntas. Caso você se sinta desconfortável, tem o direito de interromper a participação em qualquer fase da pesquisa, bem como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo. Além disso, caso necessário, a pesquisadora poderá encaminhá-la(o) para atendimento no Serviço de Atenção Psicológica – SAPSI da UFSC. As informações obtidas serão armazenadas pela pesquisadora principal por cinco anos e utilizadas na elaboração de trabalhos científicos que poderão vir a ser publicados em meios acadêmicos e científicos. Após este período estes dados serão descartados.

Os resultados dessa pesquisa poderão auxiliar no acolhimento de imigrantes e produzir conhecimento científico para contribuir para o aperfeiçoamento da atuação com essa população, oferecendo subsídios para criação de políticas públicas. Os dados utilizados em produções científicas não farão qualquer alusão a sua identificação. Após a defesa da Dissertação, os resultados da presente pesquisa poderão ser apresentados a você, em data a ser agendada. Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito que você, por favor, assine em duas vias este termo de consentimento. Uma dessas folhas ficará com você, pois é um documento que comprova o nosso contrato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Para quaisquer outras informações, coloco-me à sua disposição pelo telefone (48) 3238-0924, e-mail julialopes.psicologia@gmail.com, e/ou endereço profissional localizado no Núcleo de Estudos sobre Psicologia, Migrações e Culturas (NEMPsiC), Sala 8B do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFH), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na Rua Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n, Trindade, Florianópolis – SC, CEP 88040-500. A pesquisadora responsável, Prof.^a Dr.^a Lucienne Martins Borges, também estará a sua

disposição no mesmo endereço, no telefone (48) 3721-8571 e no e-mail lucienne.borges@ufsc.br.

Eu _____
CPF, _____, declaro através deste documento o meu consentimento em participar da pesquisa intitulada “O Acolhimento a imigrantes na perspectiva de Agentes Comunitárias de Saúde”. Declaro ainda, que estou informada (o) dos objetivos da pesquisa, do método, de meus direitos de desistir de participar a qualquer momento e também do meu anonimato.

Assinatura do (a) participante da pesquisa
Florianópolis, ____/____/2020.

Júlia de Souza Lopes
Pesquisadora Principal - Mestranda

Prof.^a Dr.^a Lucienne Martins Borges
Pesquisadora Orientadora

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MODELO DE QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Idade:
2. Grau de escolaridade:
3. Tempo de profissão:
4. Tempo de serviço no CS atual:
5. Na sua prática profissional quantos imigrantes você atende em média por dia?
6. Já fez algum curso ou recebeu capacitação para atender imigrantes?

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ROTEIRO PRELIMINAR DE ENTREVISTA

Identificar significados atribuídos por ACS à imigração;

1. O que é imigração para você? O que você pensa sobre isso?
2. O que você acha que leva uma pessoa a migrar?
3. Quando você pensa em um imigrante, como ele é?
4. Quando você percebeu imigrantes vivendo neste território? Como foi?
5. Em sua opinião, existem riscos no processo migratório? Quais seriam?
6. Para você, quais fatores podem auxiliar no processo migratório?

Nomear as condições de acesso aos serviços de saúde pública para imigrantes na percepção de ACS;

1. Qual o nome da UBS onde você trabalha?
1. Qual o território que atende a UBS onde você trabalha?
1. Na sua opinião, os imigrantes costumam buscar atendimento na UBS?
1. Se sim, você imagina o porquê?
1. Se não, você imagina o porquê?
1. Como é quando um imigrante chega na UBS? (Quais são os procedimentos adotados?)
1. Na sua opinião, quais fatores possibilitam ou impossibilitam o acesso e a utilização dos serviços de saúde pública para os imigrantes para além da atenção.
1. Você considera que o serviço que você está preparado para atender pessoas de outras culturas?

Identificar as principais demandas de cuidado em saúde apresentadas por imigrantes na perspectiva de ACS;

1. Como foi a primeira vez que você atendeu a um imigrante ou a uma família de imigrantes?

1. Qual sua percepção do estado de saúde das populações imigrantes do território onde você atua?

1. Você conhece as práticas de saúde e cuidado adotadas por estas populações?

1. Quais são as principais demandas de cuidado em saúde apresentadas pelos imigrantes que você atende?

Descrever as práticas de acolhimento de ACS em resposta às demandas de cuidado em saúde de imigrantes;

1. O que significa acolhimento para você?

1. Como é realizado o acolhimento a imigrantes na UBS?

1. Quais desafios você observa no processo de acolhimento a imigrantes na atenção primária?

1. O que facilita o atendimento a imigrantes na sua opinião?

1. E o que facilitaria?

1. São feitas visitas domiciliares a imigrantes que vivem neste território? Se sim, como elas são realizadas? E se não, por que não são realizadas? (O que acontece para que elas não sejam realizadas?)

1. Como são realizadas as visitas domiciliares à imigrantes?

1. Você percebe que existe uma relação entre você e os imigrantes que você atende?

1. Se sim, como é essa relação?

1. Se não, você imagina o porquê?

1. Como você avalia seu conhecimento em relação a cultura dos imigrantes que você atende ou já atendeu (Competência Cultural)?

1. Você considera que saber sobre a cultura do imigrante traz um diferencial para seu atendimento?

1. Você busca saber sobre a cultura dos imigrantes que atende?

1. Você sente necessidade de uma formação ou capacitação específica na área de saúde de imigrantes?

1. Se sim, a partir da sua experiência, como você considera que isso poderia ser feito?

APÊNDICE D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

QUADRO DE CATEGORIAS

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise
1. Significados da migração para ACS	1.1. O estrangeiro	<i>1.1.1. Ser diferente</i>
		<i>1.1.2. Ameaça</i>
		<i>1.1.3. Povo guerreiro</i>
	1.2. Motivações para imigrar	<i>1.2.1. Busca por uma vida melhor</i>
		<i>1.2.2. Situação política do país de origem</i>
	1.3. Riscos para os imigrantes	<i>1.3.1. Deslocamento</i>
		<i>1.3.2. Vulnerabilidade no Brasil</i>
2. Condições de acesso aos serviços de saúde pública	2.1 Barreiras	<i>2.1.1. Diferença cultural</i>
		<i>2.1.2. Condição socioeconômica dos imigrantes</i>

		<p><i>2.1.3. Limites institucionais</i></p> <p><i>2.1.4. Organização do SUS</i></p>
3. Demandas de cuidado dos imigrantes	2.2 Facilitadores	<i>2.2.1. Adaptações no atendimento</i>
		<i>2.2.2. Rede de apoio entre os imigrantes</i>
	3.1. Demandas de cuidado com o corpo	<i>3.1.1. Acompanhamento médico</i>
		<i>3.1.2. Procedimentos</i>
	3.2. Demandas psicossociais	<i>3.2.1. Busca por auxílio</i>
4. Práticas de acolhimento	4.1 Espaços de acolhimento	<i>4.1.1. Atuação no centro de saúde</i>
		<i>4.1.2. Atuação no território</i>
	4.2 Dimensões de acolhimento	<i>4.2.1. Facilitadores</i>
		<i>4.2.2. Desafios</i>