

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MODALIDADE PROFISSIONAL**

ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

**SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE
ACOLHIMENTO A IMIGRANTES NOS HOSPITAIS
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**SÃO PAULO
2020**

ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

**SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE
ACOLHIMENTO A IMIGRANTES NOS HOSPITAIS
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora:

Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia

SÃO PAULO

2020

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pela autora

Inoue, Elena Mitie Miranda Kawabata

SUS para todos: estudo das ações de acolhimento a imigrantes nos hospitais do município de São Paulo / Elena Mitie Miranda Kawabata Inoue; orientadora, Rita Maria Lino Tarcia. – São Paulo, 2020.

166 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, 2020.

Título em inglês: SUS for everyone: some studies of host actions to immigrants at hospitals in São Paulo.

1. Acolhimento a imigrantes. 2. Humanização hospitalar. 3. Imigração. 4. Trabalho em equipe. 5. Assistência hospitalar. I. Tarcia, Rita Maria Lino, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MODALIDADE PROFISSIONAL

**Coordenadora do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em
Saúde – CEDESS**

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Vice Coordenador

Prof. Dr. Leonardo Carnut

ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

**SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE ACOLHIMENTO A
IMIGRANTES NOS HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia
(Orientadora) – Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Juliane Cristina Burgatti
Hospital do Servidor Municipal

Prof. Dr. Lucio Garcia De Oliveira
Faculdade de Medicina do ABC

Profa. Dra. Ieda Aparecida Carneiro
Universidade Federal de São Paulo

(Suplente) Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian
Universidade Federal de São Paulo

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde que, sustentados no SUS, no exercício do cuidado, exercem suas práticas nas mais diversas formas de Acolhimento aos usuários do serviço.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, que me inspira e me faz a vivenciar a “arte da experimentação”.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia**, pela sua condução generosa no processo de orientação. Gratidão pela paciência de ver crescer um trabalho inicialmente miúdo, por preservar meus pensamentos e demonstrar confiança nos momentos mais difíceis, por insistir na minha transformação pessoal.

Aos membros da banca de qualificação, **Profa. Dra. Juliane Cristina Burgatti, Prof. Dr. Lucio Garcia de Oliveira e Profa. Dra. Ieda Aparecida Carneiro**, pela atenção e cuidado nas considerações, pelo olhar técnico, por compartilhar o conhecimento e, principalmente, pelo entusiasmo para a construção de resultados realistas desta pesquisa.

Aos **professores do Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde – CEDESS**, por facilitarem o conhecimento e a crítica reflexiva na transformação de pessoas.

Aos **colegas da turma de 2018**, por dividirem as atividades, as discussões em sala de aula, por tirarem dúvidas, mas, acima de tudo, por compartilharem medos e angústias, por dividirem afetos e apoio constante.

À minha família, aos meus filhos **Rafael Katsunori Inoue, Ricardo Akira Inoue e Daniel Takeshi Inoue**, e à minha querida **Erika Akemi Shimabukuro Inoue**, pela presença na minha alma, que me fortalece, às vezes sem saber, na realização de meus projetos, proporcionando momentos de alegria, que me incentivam a desejar mais. Ao meu “gigante” pequeno, **Lucca Itsuki Inoue**, neto, pela graça e pelo amor imensurável.

À minha mãe, **Marli Miranda Kawabata**, que vê como trabalho, que nos acolhe em oração, nas dificuldades é presença certa na concretude de suas ações. Ao

meu querido irmão, **Roberto**, que silenciosamente torce por mim, à minha irmã, **Elisa** a quem amo incondicionalmente, a quem desejo sempre por perto.

Às amigas de sempre, **Bruna Giovenardi, Flávia Fragoso, Layenne Braga, Liliane Modena e Rafaela Cruz**, que estiveram por perto durante o processo do Mestrado, obrigada por perguntar, por lembrar, pelo incentivo, pelas indicações, as guardo no coração.

Aos meus **queridos da Igreja Holiness**, pela compreensão da ausência nas atividades, por acreditarem nos projetos conduzidos por Deus, por partilharem das minhas preocupações, pelas orações e pelo amor absoluto.

À **Amanda Barbosa M. Vasques Pereira Antunes**, pelo incentivo antes mesmo do meu entusiasmo, obrigada por acreditar, por enxergar meu potencial e apoiar efetivamente durante todo o programa de Mestrado.

À **Ana Rosa Vicente**, minha diretora, por me receber durante esse processo de formação e transformação, pelo apoio no trabalho, pelo compartilhamento e presença marcantes.

Às minhas colegas de equipe, **Ana Cecília Freitas, Anna Bárbara K. Rosas, Eliana Gomes de Souza Silva, Eva Cristina Gabriel, Rosimar Aparecida M. R. Siqueira, Simone Yoshie Tanaka de Moraes**, que me receberam na equipe e acompanharam esse processo, com as quais aprendi mais do acolhimento e da humanização, meu apreço, minha gratidão pelo companheirismo do dia a dia, que foi se modificando por laços de amizade.

Aos **profissionais de saúde** que se dispuseram a participar desta pesquisa com suas vivências, com declarações nem sempre confortáveis sobre suas rotinas, dúvidas e afetos, mas que permitiram a construção de um trabalho em bases sólidas. Agradecida por permitirem esse encontro.

Muito obrigada!

*Queremos ter certezas e não dúvidas,
Resultados e não experiências,
Mas nem mesmo percebemos que
As certezas só podem surgir através das dúvidas
E os resultados somente através das experiências.*

Carl Gustav Jung

RESUMO

INOUE, Elena Mitie Miranda Kawabata. **SUS para todos**: estudo das ações de acolhimento a imigrantes nos hospitais do município de São Paulo. 2020. 166f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020.

INTRODUÇÃO: A imigração é um fenômeno de extensão mundial, que impacta os países de acolhida por conta do número elevado de pessoas que se encontram em deslocamento e pelas condições dos serviços públicos nos seus diversos segmentos. A rede de Saúde do município recebe um contingente expressivo de imigrantes, o SUS é um sistema universal, aberto, sem distinção de pessoas para atendimento, está pautado em políticas de acolhimento e humanização na rede assistencial básica e hospitalar. **OBJETIVOS:** O objetivo dessa pesquisa é identificar a percepção dos profissionais da Saúde em relação ao acolhimento à população imigrante nos hospitais de São Paulo. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, o método utilizado no estudo foi transversal, exploratório e descritivo. A coleta de dados se deu por meio da realização de um grupo focal e, em um segundo momento, por meio de entrevistas semiestruturadas individuais. O material do grupo focal e das entrevistas foram gravadas, transcritas e sistematizadas a partir da técnica de análise de conteúdo do tipo temática. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir da análise das transcrições, verificou-se que os profissionais de saúde não reconheceram ações de acolhimento aos imigrantes nos hospitais, acreditam que, como prática a ser implementada, o acolhimento deve basear-se em valores éticos e na empatia. Observou-se, ainda, a ausência de protocolos que contemplem as peculiaridades da população imigrante na assistência hospitalar. A maioria dos profissionais que responderam à pesquisa possuem competências técnicas na área da saúde, são do sexo feminino e atuam há mais de dez anos em atividades do campo da Saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os participantes evidenciaram a carência de protocolos de atenção à população imigrante no hospital e acreditam que a implementação de fluxos e protocolos pode garantir a constância das ações de acolhimentos e procedimentos técnicos, além de estabelecer critérios para a equipe de trabalho e definir as competências profissionais, inserindo o imigrante no sistema de saúde, facilitando, assim, o dimensionamento das intervenções durante a hospitalização.

Palavras-chave: Acolhimento a Imigrantes, Humanização Hospitalar, Imigração, Trabalho em Equipe, Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

INOUE, Elena Mitie Miranda Kawabata. **SUS for everyone**: some studies of host actions to immigrants at hospitals in São Paulo. 2020. 166f. Dissertation (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020.

INTRODUCTION: Immigration is a worldwide extension phenomenon which creates an impact at host countries due to the large number of people who find themselves in movement and for the public service conditions in all its segments. The health system of São Paulo city receives an expressive number of immigrants. SUS is an open, worldwide system which hosts all types of people with no distinction. It is guided in humanization and host politics into its hospital and basic assistance network. **OBJECTIVES:** The main goal of this research is to identify the perception of the professionals regarding to hosting the immigrants to the hospital from the City of São Paulo. **METHOD:** It is a pool with qualitative approach, the used method in the study was transversal, exploratory and descriptive. Data collection was made through creation of a focal group and, secondly through individual semi structured interviews. The focal group and interviews materials were recorded, transcribed and systematized through the content analysis technique of the thematic type. **OUTCOMES AND DISCUSSION:** From analysis of the transcriptions, it was verified that the health professionals did not recognize host actions to the immigrants at hospitals, they believe that as a practice to be implemented, host must be based on two premises: ethical values and empathy. It was also observed that there was an absence of protocols which consider some singularities of the immigrant population into hospital assistance. Most of the professionals who answered the pool have technical competences at the health area, are women and have been working for more than ten years in the health segment. **FINAL CONSIDERATIONS:** Participants could testify the shortage of protocols regarding to care on the immigrant population at hospitals and they also believe that the implementation of flows and protocols might ensure the stability of host actions and their technical procedures and besides that it can also establish standards to the staff and determine the professional competences by including immigrants into the health system effectively. This procedure will make the sizing easier of the interventions as long as the patient is in hospital.

Keywords: Immigrant Host, Hospital Humanization, Immigration, Team Work, Hospital Assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição geográfica das unidades hospitalares no município de São Paulo sob gestão direta da AHMSP	62
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra participantes da pesquisa no grupo focal 74

Tabela 2. Caracterização da amostra participantes da pesquisa nas entrevistas 76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Núcleos temáticos grupo focal, categorias e subcategorias.....	79
Quadro 2. Destaque núcleo temático 1: assistência com foco na humanização - grupo focal	80
Quadro 3 - Destaque Núcleo temático 2: Cuidado na atenção hospitalar - grupo focal ...	90
Quadro 4. Destaque núcleo temático 3: abordagem dos processos educativos – grupo focal	97
Quadro 5. Núcleos temáticos entrevistas, categorias e subcategorias	98
Quadro 6. Destaque núcleo temático 1: assistência com foco na humanização - entrevistas.....	99
Quadro 7. Destaque núcleo temático 2: cuidado na atenção hospitalar - entrevistas ...	110
Quadro 8. Destaque núcleo temático: abordagem de processos educativos - entrevistas	116

LISTA DE ABREVIATURAS

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
AGPP	Assistente de Gestão de Políticas Públicas
AHMSP	Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo
CadÚnico	Cadastro Único do Governo Federal
CEINFO	Coordenação de Epidemiologia e Informação
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CPMig	Coordenação de Políticas para Imigrantes
CRAI	Centro de Referência ao Imigrante
DPF	Departamento de Polícia Federal
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
EIP	Educação Interprofissional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HMACN	Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto
HMARS	Hospital Municipal Arthur de Ribeiro de Saboya
HMCC	Hospital Municipal Cármino Caricchio
HMFMPR	Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha
IRI	Instituto de Relações Internacionais
PNHAH	Política Nacional de Humanização para Atenção Hospitalar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação de Doenças
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINCRE	Sistema Nacional de Cadastro e Registo de Estrangeiros
SIS/PRÉ NATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SIVA	Sistema de Informação para Vigilância de Acidentes
SMDHC	Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania

SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	22
1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	22
1.2 OBJETIVOS	26
1.2.1 Objetivo geral	26
1.2.2 Objetivos específicos.....	26
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 O FLUXO IMIGRATÓRIO	27
2.2 O IMIGRANTE: UM RECORTE.....	30
2.2.1 O imigrante, da caracterização e inclusão dos direitos	32
2.2.2 O imigrante, das histórias e das pessoas	33
2.3 O ACOLHIMENTO DO IMIGRANTE À LUZ DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	36
2.4 O IMIGRANTE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	39
2.5 UMA POLÍTICA PARA OS IMIGRANTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	42
2.6 A SAÚDE E O IMIGRANTE.....	44
2.6.1 A assistência hospitalar no município e os imigrantes	46
2.7 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	49
2.7.1 O acolhimento: resgatando conceitos.....	51
2.7.2 Uma política institucional de humanização na AHMSP.....	52
2.8 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO MEIO DE TRANSFORMAÇÃO NOS PROCESSOS DE HUMANIZAÇÃO	54
3 MÉTODO	57
3.1 TIPO DE PESQUISA	57
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	59
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	59
3.4 COLETA DE DADOS	64
3.4.1 Grupo focal.....	64
3.4.2 Entrevistas.....	66
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	69
3.6 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIO.....	70
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	71
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	72

4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	72
4.1.1	Participantes da pesquisa: grupo focal	72
4.1.2	Participantes da pesquisa: entrevistas.....	75
4.2	PRESENÇA DE IMIGRANTES NOS HOSPITAIS	77
4.3	ANÁLISE DE CONTEÚDO	78
4.3.1	Análise de conteúdo grupo focal.....	79
4.3.2	Análise de conteúdo – entrevistas semiestruturadas	98
4.3.3	Correlação dos resultados grupo focal e entrevistas.....	118
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS	127
	APÊNDICE A – Convite para participação (grupo focal)	136
	APÊNDICE B - Termo de consentimento livre esclarecido (grupo focal).....	137
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre esclarecido (entrevistas semiestruturadas)..	139
	APÊNDICE D – Perfil sociodemográfico.....	141
	APÊNDICE E – Roteiro para reunião (grupo focal)	142
	APÊNDICE F – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	143
	ANEXO A – Comitê de ética em pesquisa – UNIFESP	144
	ANEXO B – Comitê de ética em pesquisa – SMS (coparticipante)	151
	ANEXO C – Comitê de ética em pesquisa – Hosp. Municipal Carmino Caricchio (coparticipante)	155
	ANEXO D – Comitê de ética em pesquisa – Hosp. Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha (coparticipante)	158
	ANEXO E – Carta de anuência – Hosp. Munic. Carmino Caricchio.....	162
	ANEXO F – Carta de anuência Hosp. Munic. Dr. Fernando Mauro Pires Rocha ...	163
	ANEXO G – Carta de anuência – Hosp. Munic. Dr. Arthur Ribeiro de Saboya	164
	ANEXO H – Carta de anuência - Hosp. Munic. Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto	165
	Bibliografia consultada.....	166

APRESENTAÇÃO

Concluí minha formação em Psicologia em 1989, tempo em que a grade curricular definia o perfil para as áreas de clínica, educação e trabalho, com perspectivas de trabalho para profissional liberal. A profissão se expandiu por diversos campos; na saúde, o crescimento deu-se, em grande parte, pelas estratégias do SUS, na visão de integralidade e social da assistência. Os campos do trabalho e organizacional, gestão de pessoas, jurídico, trânsito e esporte, também tiveram expansão, modificando o perfil e a formação do profissional de Psicologia. Portanto, essa formação inicial, amplamente voltada para a clínica, tornou-se mais uma opção, mas, para o meu temperamento, senti incômodo de permanecer isolada na prática em consultório, o que me levou a buscar uma atuação mais psicossocial.

Muitas mudanças ocorreram ao longo do tempo da minha formação profissional e, de certo modo, influenciaram novas escolhas profissionais, a começar pela situação política do país. Ao concluir a graduação, estava de frente com a Nova Constituição, com a visão de “Constituição Cidadã”; em 1988, a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) passaram a demandar do profissional psicólogo uma atuação mais social e comunitária, na garantia dos direitos com expansão para o espaço das instituições e novos procedimentos, que dessem conta de questões para além dos limites dos consultórios, demandas muito distantes do meu processo de profissionalização, que tive que incorporar com atualizações.

Minha proximidade com o modelo assistencial em instituições se deu na saúde, quando ingressei no aprimoramento profissional do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em 1994, programa semelhante aos de Residência em Saúde, onde cerca de oitenta por cento do programa era realizado na prática hospitalar e vinte por cento em seminários e aulas teóricas.

Esse modelo de aprender na prática foi uma constante no meu percurso profissional, por meio de tutoria ou supervisão profissional. Com o decorrer do exercício, pude revezar o lado do aprendiz com o de quem facilita o aprendizado, frequentemente envolvida na dinâmica de aprendizagem, incorporando, assim, um modelo de trocas de experiências, de estudo com meus pares; mesmo na

atuação em consultório, era comum frequentar grupos de supervisão e de estudos.

Em 2003, ingressei na Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo (AHMSP), em um hospital da zona leste de São Paulo, em Unidade de UTI Neonatal, para compor uma equipe que se responsabilizaria pela implantação do Programa de Humanização para Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Tive como primeira tarefa participar do curso de formação de instrutores no método, com a finalidade de multiplicar na unidade os conceitos e a prática deste; outras capacitações se seguiram. Na educação em saúde, realizei grupos com os usuários, como grupo de puerpério e de gestantes e de orientação genética nas alterações no Exame de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho); os encontros eram semanais e em equipe multiprofissional.

Fui transferida, em 2010, para o setor de Desenvolvimento de Pessoas, para a elaboração e execução de cursos de atualização profissional. O padrão da educação hospitalar era o da educação continuada e, aos poucos, foi sendo instalada a prática da educação permanente. Lá, permaneci por cerca de cinco anos, quando retornei à assistência direta aos pacientes, devido à mudança de gestão na unidade, que priorizou o atendimento técnico nas clínicas.

Retomei os treinamentos exclusivos do setor e as tarefas de coordenação do Serviço de Psicologia. Em 2014, o hospital foi credenciado para o Programa de Residência Multiprofissional – Urgência e Emergência, e passei a exercer a preceptoria, com o desafio de programar a atuação em equipe multiprofissional e em rede.

A preceptoria foi um espaço de aprendizagem, de novos olhares, novas construções; o relacionamento com os residentes foi se revelando um campo de aprendizagem contínuo e, por que não, inusitado, mas positivamente instigador, o que me motivou a realizar o curso de especialização em Preceptoria Hospitalar no SUS, pelo Hospital Sírio Libanês.

A atuação na residência foi mais uma oportunidade de repensar minha trajetória profissional enquanto orientadora de programa e da atuação assistencial; aprendi a resiliência e a resignação.

Com o programa de residência, fui transferida para o pronto socorro, lugar de vulnerabilidade, onde não se pode improvisar, ou se for, é de outro campo do imprevisto, sendo aquele que está arraigado no comportamento sedimentado pelo conhecimento. Por isso, a importância de associar saúde e educação, em um permanente movimento de pesquisar, de aprender e saber, formando uma base de segurança nas posturas profissionais.

Essa satisfação de aprender com quem aprende e ser afetado por esse processo foi um desafio pessoal e profissional; esse modo de “fazer escola” no relacionamento com os residentes tornou-se um aprimoramento para mim, como preceptora/aprendiz. A possibilidade do mestrado profissional na UNIFESP veio ao encontro dessa necessidade de ampliar esse “*modus* de educar”; uma composição de trabalho identificada com o processo saúde-educação, que se desenvolve no ensino e na pesquisa, promovendo a ação-reflexão-ação, modificando o meu lugar de ator.

Das muitas experiências no pronto socorro, com o olhar de preceptora e profissional assistencial, comecei a prestar atenção em alguns imigrantes que procuravam o serviço, por via do pronto socorro ou maternidade. Inicialmente, eram basicamente bolivianos, das oficinas de costura da região, com os quais a dificuldade era a língua, que manobrava com uma ou outra palavra mais familiar. Há cerca de três anos, esse cenário foi se modificando rapidamente; o *portunhol* não supria nossas necessidades, em razão da complexidade dos tratamentos e das orientações mais específicas que este gerava, além da vinda ao serviço de outros imigrantes: haitianos, angolanos, colombianos e chineses. A língua foi se tornando somente o primeiro entrave na assistência em saúde, o modo de cuidar, de se compreender doente também foi fator de dificuldades de intervenção na condução do processo saúde-doença, revelando modos diversos de cuidado.

Como dar conta da integralidade da assistência, do trabalho em rede, dos encaminhamentos, dos vínculos diante das limitações com os “estrangeiros”? Essa inquietação de não acolher, de não entender, da condição de precariedade da saúde das pessoas pelo medo da ilegalidade, das barreiras linguísticas, foram fatores de desconforto na execução do trabalho.

O tema do acolhimento e da humanização chamou minha atenção para o desenvolvimento desta pesquisa, por fazer parte do meu cotidiano no trabalho, da

minha formação e do exercício profissional e em relação aos imigrantes, a memória pessoal e a ascendência de imigrantes complementaram essa motivação para o tema. Ressaltou aos meus olhos a história de homens e mulheres, famílias, que deixaram um país em uma situação de incertezas, desemprego e fome, de superpopulação, sem saber ao certo o que lhes sucederia. Pessoas que, ao mesmo tempo em que se inseriam nessa nova terra, se fechavam em colônias, com o objetivo de manter suas referências, de manter raiz e história.

Da minha narrativa, um povo japonês que vive até hoje vida de migrante, indo e vindo. Na década de 90, por exemplo, houve um grande movimento de *dekasséguis* (*estrangeiros no Japão*), que fizeram o movimento contrário, retornando ao Japão, “brincando” de experimentar roupagens diversas, ora japoneses no Brasil, ora brasileiros no Japão.

Em outubro de 2018, acabei deixando o Pronto Socorro e o Programa de Residência, a assistência, para aceitar o desafio de lidar diretamente com as ações de humanização na AHMSP. No mês de dezembro, foi publicado o Núcleo de Humanização da AHMSP, retomando-se as discussões acerca das ações de humanização e acolhimento, das oficinas de trabalho, realizadas em fevereiro e abril de 2019. Foi possível revisitar e rediscutir as ações desenvolvidas no cotidiano da assistência hospitalar e, nessa reflexão sobre o acolhimento e humanização, me deparei com o Acolhimento ao Imigrante, pouco descrito, com menção à necessidade do estudo de idiomas como ação de acolher, sem estabelecer um grau de singularidade coletiva, que pudesse representar as demandas da população imigrante.

Acredito que o fortalecimento do SUS se dá nesse cotidiano e nessa miscelânea de encontros, a partir de histórias, de renovar-se no conhecimento, educar-se, refazer-se, a partir das vivências, em direção às construções e diálogos coletivos.

Minha expectativa com esse trabalho é conhecer quais são as ações de acolhimento em relação à população de imigrantes, na perspectiva da assistência universal, da efetividade dos princípios do SUS, da intervenção pelos relacionamentos, com o intuito de aproximar os pares envolvidos no processo de

saúde, que a assistência seja humana e resolutiva, mutável, mas firme, que tenha base sólida e sustente as intervenções das equipes de saúde.

O mestrado profissional no ensino em saúde mostrou-se como um dos caminhos na operacionalização entre os constructos teóricos e as experiências do trabalho, proporcionando um olhar ampliado, facilitando as discussões acerca dos modelos de saúde e de ensino em saúde, despertando o pensar sobre meios que resultem em ações que respondam às demandas dos serviços e para a formação com eficiência dos profissionais em suas diversas situações-problema.

A participação no mestrado e a assimilação dos conteúdos das disciplinas abriram janelas para o conhecimento, possibilitou ampliar a criticidade de teorias e do meu comportamento no trabalho, que, muitas vezes pela urgência, entramos no automatismo e os fluxos de trabalho vão sendo reproduzidos sem reflexão. Considero um ganho pessoal, profissional e institucional olhar o meu serviço nesta amplitude. Sentir-me instrumentalizada para a argumentação baseada na práxis facilita a intervenção, junto aos gestores, sobre os protocolos e condutas mais adequadas na humanização dos atendimentos.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

A migração é um fenômeno que data da formação das civilizações; muitos povos se formaram pelos deslocamentos de pessoas. A Bíblia, um dos livros mais antigos, retrata, em suas narrativas, a versão cristã do surgimento da humanidade e da formação de diversos povos, onde se pode constatar que esses deslocamentos de pessoas e de grupos, por questões políticas, geográficas, religiosas foram fenômenos inerentes ao desenvolvimento do mundo.

Na Bíblia, várias histórias exemplificam a interferência nas nações, por conta do deslocamento de pessoas, em Gênesis, a história de José, que foi levado de sua terra, Canaã, para o Egito, onde se tornou governador (BÍBLIA, Gênesis, 37:1; 39:1). Moisés fugiu de sua terra natal, conduziu o povo pelo deserto, registrou os mandamentos para os cristãos e mudou o destino daqueles que o seguiram, livrando-os da escravidão (BÍBLIA, Êxodo 2, 15-22); Rute, estrangeira entre os judeus, partiu com sua sogra para uma terra estranha, ambas estavam viúvas e sem recursos para sobrevivência, ao final, Rute casou-se com Boaz, um homem rico e judeu, essa união incluiu uma estrangeira na genealogia de Jesus (BÍBLIA, Rute, 1-4).

O estudo das migrações corresponde, em parte, ao estudo das civilizações; exemplificar com narrativas bíblicas, para chamar a atenção dos relatos históricos que associam o deslocamento de pessoas aos movimentos evolutivos do homem, evidenciando a universalidade do fenômeno migratório.

Este trabalho valoriza o contexto histórico das migrações como evolutivo, dinâmico, com reflexos nas pessoas e nos grupos. Entretanto, na contemporaneidade, a migração tem características motivacionais diversificadas; as notícias mais frequentes veiculadas pela mídia são de clandestinidade, fronteiras fechadas, ilegalidade, perseguições, preconceito e xenofobia. As motivações mais citadas pelos imigrantes para o deslocamento são decorrentes de mudanças climáticas, catástrofes naturais, guerras, perseguições políticas e/ou religiosas, de gêneros, de etnias, problemas econômicos e miséria; procuram por oportunidades de trabalho e/ou estudos e refúgio (PAIVA, 2013).

Os deslocamentos, sejam internos ou externos, geram reflexos na ética, na moral, cultura, comércio, constituição de territórios, educação, saúde, ambiente, na formação de um povo, transformação esta que se concretiza pelas relações interculturais. Segundo Dantas *et al.* (2010), as sociedades que recebem os imigrantes sofrem transformações culturais, que podem ser positivas, como a ampliação e enriquecimento cultural, ou negativas, de enrijecimento e acirramento de preconceitos e fronteiras nacionais e de políticas públicas que abarcam essa população.

O Brasil, por exemplo, poderia se declarar como um país de diferentes, um país da miscigenação, com trânsito de pessoas das mais diferentes nacionalidades e regiões do país. No dia a dia das cidades brasileiras, pode-se observar influências dos imigrantes e da mistura dos povos nos hábitos alimentares, no vestuário, nas festas gastronômicas, nas formas de comércio, na formação de bairros e centros de cultura e na ambiência.

Ao longo deste trabalho, para discutir as questões dos imigrantes, foi necessário descrever o processo migratório e caracterizar o imigrante da atualidade, que, apesar de não ser o foco do estudo, é parte do contexto da pesquisa. O imigrante aqui referenciado é a pessoa em deslocamento oriundo de outros países, como descreve a Lei da Migração nº 13.445, de 24 de maio de 2017, capítulo I, artigo I, parágrafo primeiro, itens II, V e VI:

II - Imigrante: pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil;

V - Visitante: pessoa nacional de outro país ou apátrida que vem ao Brasil para estadas de curta duração, sem pretensão de se estabelecer temporária ou definitivamente no território nacional. (BRASIL, 2017)

Incluem-se, ainda, os refugiados e indocumentados. São considerados refugiados aqueles que se encontram fora de seu país de origem, devido a temores de perseguição, por motivos relacionados à raça, religião, nacionalidade, pertencentes a um grupo social, ou pela expressão de posição política, como também devido à grave e generalizada violação de direitos e conflitos armados. Os indocumentados, como sugere a palavra, são aqueles que não possuem documentos.

O processo migratório aqui tratado diz respeito ao mundo contemporâneo e globalizado, a movimentação de pessoas é uma situação que se reflete em todas as partes do mundo e atinge todas as nações.

Além de ser compreendido como pessoa em trânsito, o imigrante está envolto pela multidiversidade do seu contexto social, propenso a mudanças constantes e instabilidades diversas, com referências mínimas de identidade social. São classificados psicologicamente como pessoas sob condicionantes de crise e estresse; nas circunstâncias da pesquisa, encontram-se em condição de adoecimento físico e, como recurso de assistência, recorrem ao SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem, como princípio fundamental, a universalidade, ou seja, atender a todas as pessoas sem qualquer tipo de discriminação, ressaltando que o acesso não é simplesmente prestar atendimento, mas que seja realizado com vistas à integralidade e resolutividade.

Prestar assistência ao imigrante nos hospitais é um desafio diante da situação de vulnerabilidade que vivem, deslocados do lugar de origem e de referências identificatórias. No cenário deste estudo, o imigrante é objeto desencadeador para o desenvolvimento da pesquisa, sendo o estudo voltado para a percepção dos profissionais de saúde que os atendem, em relação ao acolhimento destes no âmbito hospitalar.

Com esse estudo, pretende-se contribuir para a reflexão sobre o acolhimento aos imigrantes nos hospitais, partindo da identificação das ações e do modo de acolher dos profissionais de saúde, evidenciando os modelos formais e informais instituídos como práticas de atendimento a essa população.

As unidades hospitalares são equipamentos complexos, recebem pessoas em situação de adoecimento ou risco de morte, um lugar de tensão e de urgências e, portanto, um ambiente propenso ao estresse por parte dos usuários (pelo adoecimento) e dos profissionais que ali trabalham, pela necessidade de soluções rápidas e assertivas. Diante desta conjuntura, alguns questionamentos surgem no cuidado hospitalar: quem são esses profissionais que atuam na atenção aos imigrantes? Como os profissionais de saúde acolhem pessoas que não mantêm a mesma familiaridade de etnia? Estariam os profissionais de saúde preparados para atender essa demanda diante dos limites da língua, de

costumes, da cultura? Existem ações nesse acolhimento e, se existem, como se caracterizam? Como, então, atender à singularidade de um grupo social?

Esta pesquisa pretende encontrar respostas para essas indagações, que poderão auxiliar na formulação de alternativas para condutas de acolhimento junto aos imigrantes, como construção coletiva e participativa.

No caminho percorrido para resolver estas questões, procurou-se definir a população imigrante usuária do sistema hospitalar, seus direitos como pessoas em deslocamento, as políticas que envolvem essa população no município de São Paulo e suas condições de saúde. Ainda como subsídio para a pesquisa, foram apresentadas as políticas de humanização e de atenção à população imigrante, definindo-se o acolhimento como estratégia de inclusão e abordagem assistencial.

A realidade hospitalar é dinâmica, procedimentos, técnicas, equipamentos e conhecimentos são inseridos continuamente na área da saúde; a imigração toma lugar nesse dinamismo como fato a ser pensado no cotidiano dos profissionais de saúde.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é fundamental nestas reflexões acerca da inserção e acolhimento dos imigrantes na saúde hospitalar, pois corresponde a uma proposta de olhar a rotina de maneira analítica.

A EPS caracteriza-se por essa aprendizagem no trabalho e para o trabalho e tem como pressuposto que aprender e ensinar são fatores indissociáveis e se incorporam nos serviços e na interação entre os profissionais. Como mecanismo dinâmico, contribui na formação de profissionais críticos e reflexivos, que poderão transformar a realidade dos serviços continuamente no pensar-repensar suas ações e processos (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

A partir desse “ensino problematizador”, será possível revisitar as práticas do serviço em relação à população imigrante, favorecendo o desenvolvimento dos profissionais de saúde neste tema e qualificar a atenção à saúde e os processos de formação/trabalho na perspectiva da integralidade da assistência.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Identificar a percepção dos profissionais da Saúde em relação ao acolhimento à população migrante nos hospitais da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo.

1.2.2 Objetivos específicos

- Reconhecer as ações de acolhimento aos migrantes nas unidades hospitalares, com o intuito de fomentar o cuidado para essa população.
- Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde que têm atuação junto aos migrantes no âmbito hospitalar.
- Identificar práticas que promovam o envolvimento das equipes no acolhimento aos migrantes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O FLUXO IMIGRATÓRIO

O Brasil tem registro de movimentos migratórios desde a segunda metade do século XIX, conhecidos como migrações históricas, integrando diversas nacionalidades que influenciaram a sociedade brasileira, contribuindo na constituição e formação no país (BAENINGER *et al.*, 2018).

O perfil da população de imigrantes modificou-se como produto da evolução histórica do mundo, os movimentos migratórios, na contemporaneidade, têm outros aspectos inerentes aos deslocamentos, bastantes distintos desse primeiro movimento.

Alguns estatísticos consideram que o processo migratório não para de crescer, que se trata de um fenômeno mundial e atinge países anteriormente não afetados e foram tratados como um tema pontual, mas que, no presente, se revela como fenômeno permanente (SILVA, 2017).

Outra característica das migrações da contemporaneidade são os fluxos do direcionamento, que, diferentemente do século XIX e início do XX – onde se configurava como centro de destino o continente americano, modificaram-se com linhas de trânsito para os países em desenvolvimento, como o Brasil. A multiplicidade de fatores que motivam os imigrantes no deslocamento e os meios que as pessoas utilizam para executá-lo algumas vezes em condições desumanas e perigosas, também retratam o fenômeno na atualidade (PAIVA, 2013).

A esse perfil migratório no Brasil, soma-se a crise da Venezuela, com aumento significativo da entrada de venezuelanos desde 2015, decorrentes da carência de abastecimento de produtos básicos, gerando tensão e aumento da violência naquele país (BAENINGER *et al.*, 2018).

A migração resulta em impactos na população que migra e naquela que acolhe, podem ser transitórios ou permanentes, seja na economia, na segurança, saúde, cultura, educação, no campo do trabalho, necessitando que haja

intervenção e políticas públicas que apoiem os migrantes e as cidades e estados de acolhida.

A saída do lugar comum, tal qual a chegada à nova terra não é fácil, a inserção, o processo de aculturação, novas maneiras de convivência, por vezes com choque de valores, dimensões geográficas e climáticas diferentes do país de origem são enfrentamentos diários para os migrantes. Acrescentam-se, ainda, como dificuldades, a falta de referência da linguagem, dos costumes, do trabalho, a formação profissional que foi deixada de lado. Para muitos, deixar seu país não foi uma opção, mas a falta dela. É certo que muitos escolheram uma nova morada, mas nem todos escolheram sair, nem todos puderam escolher o país de destino, mas tiveram que optar dentre os viáveis para o momento.

A migração territorial envolve motivações sociais, políticas, econômicas e subjetivas, e também esse novo lugar e as novas relações. A situação de migrante pode abalar relações de poder, ser perturbador para as cidades que os recebem por imposição da situação, gerar tensão pela disputa no trabalho e pela moradia, pela convivência com os moradores locais, podendo levar a isolamentos sociais e perturbação na identidade das pessoas imigrantes, resultando em mais um exílio, o do enclausuramento das “comunidades étnicas” (ROSA *et al.* 2009).

Conforme estabelecido nos pactos internacionais dos direitos humanos, o Estado deve garantir às pessoas migrantes o direito de migrar e a trajetória da migração segura, ordenada e regulada (tríade da migração). O reconhecimento da presença dessa população implica em promover o acesso aos serviços públicos e atendimento continuado nas mais diversas necessidades (BAENINGER *et al.*, 2018).

Portanto, os pontos que cercam os imigrantes vão além da mobilidade, dos deslocamentos e trabalho, incluindo educação, moradia, saúde, espaços de cultura e de lazer, referenciais de identidade, e na inserção dessas pessoas na comunidade como membros efetivos, respeitados na sua condição social, humanitária e política.

O Brasil é considerado um país que atrai imigrantes, eventos de repercussão mundial, como a Copa do Mundo e as Olimpíadas, criaram um cenário no imaginário de muitos, de se tratar de um lugar propenso a

investimentos e consequente oferta de mão de obra. Outra questão que facilita o acesso ao país dos estrangeiros é a sua extensa faixa de fronteiras, com 569 municípios que atendem aos estados do Mercosul (GUERRA; VENTURA, 2017).

A exemplo das mudanças significativas nos deslocamentos para o Brasil, o Haiti e a Venezuela têm sido destaque, em razão do contingente de pessoas que adentra o país, pelas características que fizeram do Brasil o local de recepção. No caso do Haiti, o êxodo foi decorrente de restrições impostas por países como Estados Unidos e França, que restringiram a entrada de imigrantes, devido à crise econômica e aumento de intolerância/xenofobia. Na Venezuela, o processo migração se deu devido à grave crise política, social e econômica, marcada por elevada inflação, falta de alimentos e violência, instigando a saída daquele país. Em julho de 2017, a Agência da ONU para Refugiados (ACNUR) estimou que, aproximadamente, 30 mil venezuelanos imigraram para o Brasil. Ambas as rotas migratórias se deram por crise econômica, ocasionando a procura de abrigo, refúgio fora de seu território de origem (BAENINGER *et al.*, 2018).

Nestes dois exemplos, a saída do país de origem não representava necessariamente a realização de um projeto de vida da pessoa ou família; ao contrário, tem aspectos de manutenção da sobrevivência.

Ainda recentemente, os colombianos passaram por situação similar, do deslocamento forçado, com rota de entrada de pessoas para a região de Manaus, onde a busca é por emprego na área industrial.

Em São Paulo, os bolivianos se destacam no movimento migratório, concentram-se no setor de confecção, mantendo-se em áreas de comércio varejista no centro de São Paulo ou em cidades no entorno do município (SOKEN, 2016).

Além desses fluxos, é possível observar a presença nas ruas do centro de São Paulo de imigrantes de Senegal, o que fez aumentar cultos religiosos na Praça de República pelos senegaleses, seguidores da confraria muride, prática comum do país. Entre os destaques da imigração, em São Paulo, pode-se citar ainda as pessoas provenientes dos países africanos de língua portuguesa, dentre os quais Angola. Da imigração angolana, observa-se uma concentração na área

de Educação e da Saúde; não são áreas exclusivas, existe uma cooperação significativa também na Agricultura (BAENINGER *et al.*, 2018).

Brasil e Angola são nações que compartilham uma identidade que se formou a partir da língua e das histórias, por terem sido colonizadas por Portugal, o que gera um sentimento de reciprocidade entre esses dois povos, de modo que a aproximação pode ser mais fácil, apesar dos costumes serem bastante divergentes (ROSA, 2019).

O estudo de Guerra e Ventura (2017) destaca a região metropolitana de São Paulo como a maior receptora de imigrantes no país, sendo os bolivianos os de maior representatividade, e também apontada como uma população que tem mais dificuldades para o acesso à saúde, devido às condições do seu trabalho ou por não possuírem documentação. A falta de domínio da língua contribui para o isolamento dos bolivianos recém-chegados, que ficam à mercê de intérpretes da comunidade.

Comumente, os imigrantes da América do Sul acreditam possuir uma familiaridade maior com os brasileiros; entretanto, esse fato muitas vezes não é totalmente assertivo, o “portunhol” parece criar uma aproximação, mas, efetivamente, não se traduz em comunicação e vínculos de fato.

O deslocamento não é apenas de um espaço físico, mas também social, econômico, político, cultural, sendo que a língua e a religião ganham destaque nessa dimensão, que envolve estudos multidisciplinares e multidirecionais, mais do que uma questão demográfica (SAYAD, 1998).

Lidar com a complexidade do deslocamento permeia a vida dos imigrantes, de modo a afetá-los diretamente, principalmente pelas perdas de referências de identidade; mesmo que não seja um elemento consciente, é subjacente ao processo migratório, marcando a vida das pessoas e interferindo nos modos de enfrentamento e ambientação ao novo lugar.

2.2 O IMIGRANTE: UM RECORTE

Podemos definir o imigrante como a pessoa que sai de um lugar e vai procurar em outras novas oportunidades. Em termos territoriais, a migração pode

ser de um país para outro, de um estado, ou de uma cidade para outra. Do ponto de vista da motivação, pode ser definido como um processo de ação voluntária ou involuntária, pois há pessoas que migram por decisão própria, há as que são forçadas pelas condições sociais e econômicas, por viverem em território de guerra, de domínios políticos, há os que retornam, há os que estão impedidos de retornar ao seu país de origem – são os refugiados – e outros, ainda, que não têm nacionalidade reconhecida, os apátridas (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2018).

A descrição da condição imigrante é clara e simples, se tratada do ângulo do movimento de sair de um lugar para outro; porém, a significação é mais ampla e complexa, é um conceito dinâmico e envolve vários aspectos que merecem atenção na categorização do imigrante enquanto pessoa em deslocamento.

A situação do imigrante pode ser transitória, sem ser passageira; para muitos imigrantes o tempo no país estrangeiro tem prazo determinado. Entretanto, esse planejamento inicial nem sempre se concretiza, de maneira que as pessoas permanecem no país de acolhida por tempo não programado, formando novas constituições familiares, novas adaptações e a ideia de passagem, de transitório, altera-se para definitiva de fixação territorial, sendo que o país de origem passa a ser uma referência cultural e de raça.

Podemos considerar os imigrantes como pessoas que vivem entre dois mundos, cruzam fronteiras, mas sem deixar o país de origem. No país de acolhida, as percepções de identidades nacionais se confundem com identidades étnicas (DANTAS, 2012). Nessa interação social, as culturas começam a se misturar e influenciar mutuamente; quando essa acomodação cultural ocorre de modo negativo, há predominância de uma cultura sobre a outra. Essa interação sociocultural é elemento marcante, de um lado, reflete na forma de cuidar e acolher o imigrante e, de outro, sentir-se acolhido ou não pelos nativos do país.

Além da dualidade cultural, o imigrante vive uma dupla ausência; da ótica do local de partida, é considerado emigrante, e imigrante do país de pousada (SAYAD, 1998). Essas considerações evidenciam um estado de ser e estar ambíguo sob vários aspectos, que podem gerar insegurança acerca da própria identidade, pela falta de referência de lugar, de escolha, de cultura, uma vez que a bagagem que carrega muitas vezes não serve de imediato, no país de acolhida.

Esse estado temporário, de indefinição pode gerar um espaço mental negativo, sentimentos de não pertencimento, que interferem nos processos de acomodação para o imigrante estabelecer-se no lugar de acolhida.

Neste contexto de antagonismos e dualidades, similar à situação de crise, há momentos que podem gerar ainda mais tensão para o imigrante, por exemplo, quando do agravo da condição de saúde, do adoecimento.

Neste trabalho, o recorte que se fez do termo imigrante é considerável para destacar que a população de referência, sob os olhares dos profissionais de saúde, diz respeito à pessoa em deslocamento na contemporaneidade, que procura os serviços públicos de saúde na rede hospitalar, dependente do SUS, oriunda de diferentes países, idiomas e culturas, compreendendo a pessoa como sujeito psíquico, singular e pertencente a um grupo sociocultural próprio, legitimado pelo direito de escolha ao deslocamento, afeto às vulnerabilidades que essa condição lhe impõe e necessitado de atenção para redes de serviços públicos.

2.2.1 O imigrante, da caracterização e inclusão dos direitos

Caracterizar a situação do imigrante é uma tarefa multifacetada e, para o escopo deste trabalho, tornou-se necessário abordar minimamente a pessoa na sua subjetividade. É preciso abordar o imigrante como “sujeito de direito” e, apesar de não ser o direito o objeto deste estudo, a inclusão formal do imigrante na sociedade é o que caracteriza sua permanência e acesso aos serviços públicos, seja na condição de imigrante, de refugiado, apátrida ou indocumentado.

Na Assembleia Geral da ONU (Organização das Nações Unidas), em 1948, a Declaração Universal de Direitos Humanos, em seu artigo 13, garante o direito de deslocamento: “Todo ser humano tem o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regressar” Em relação ao asilo, figura no art. 14: “Todo ser humano vítima de perseguição tem o direito de procurar e de gozar asilo em outros países” Em 2017, foi assinado o Pacto Global da Migração, um acordo internacional para as questões das migrações e crises migratórias, de modo a garantir que o processo possa ser seguro, ordenado e regular, além de

abordar os aspectos humanitários. O documento chama a atenção, além dos direitos humanos e de deslocamento, à discriminação e intolerância, à situação documental, o trabalho decente no reconhecimento de habilidades e qualificações, a questão de fronteiras territoriais, entrada, retorno, o tráfico de pessoas e modos contemporâneos de escravidão, mudanças climáticas e desastres naturais (Organização das Nações Unidas, 2017).

No Brasil, a Lei de Migração nº 13.445/2011 rege, no seu artigo quarto, a garantia de igualdade ao migrante, “condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” em todo o território nacional (BRASIL, 2017). Outros acordos firmados com países de fronteiras com o Brasil e com o MERCOSUL, em relação à cidadania e desenvolvimento de políticas sociais, garantem a facilitação da circulação de pessoas nos países signatários, por meio da modernização e simplificação dos procedimentos migratórios e a plena implementação do sistema de mobilidade acadêmica do MERCOSUL.

No Município de São Paulo, a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) aborda o estado do imigrante como responsabilidade intersecretarial para preservação dos direitos dos imigrantes. Documentos produzidos pelo Conselho Municipal de Imigrantes e os objetivos do Centro de Referência de Atendimento aos Imigrantes (CRAI) corroboram com esse posicionamento.

As regulamentações têm o objetivo de reafirmar o direito ao deslocamento, o reconhecimento dos direitos e da integração social, bem como a proteção de trabalho decente, alertando para ações discriminatórias e xenofóbicas, como a garantia de atendimentos nos serviços públicos, independentemente da condição de migrantes ou documentação, de fazer valer a cidadania no reconhecimento das pessoas como “sujeitos de direito”.

2.2.2 O imigrante, das histórias e das pessoas

Acima de tudo, o imigrante é uma pessoa, que possui uma história, narrativa essa que não se estabelece em um passado, mas no curso de vida,

dotada de lembranças, raízes, cultura, formação pessoal e profissional, laços e vínculos afetivos, família e relacionamentos, que se reproduzem apesar da migração.

As pessoas carregam consigo um código de referência; para o imigrante, essa referência nem sempre está clara, pois lhes falta o reflexo no país de acolhida, sendo necessárias acomodações nessa interação com o novo, com os nativos do país de acolhida. A ressonância dessa acomodação pode se manifestar de maneiras variadas e tem componentes pessoais e culturais, que podem se modificar para o imigrante e para aqueles com quem ele interage no país de acolhida.

Não existe uma única forma de enfrentamento para as acomodações, nem modo certo ou errado, há apenas experimentações, cada pessoa emite uma resposta, em conformidade com sua história de vida, com os atributos que possui e desenvolveu ao longo da sua vida. Os recursos de enfrentamento são individuais, a acomodação final resulta das representações que introjetou, mentalmente foi transformado e externalizado com novo aspecto.

Cada pessoa tem um constructo psíquico próprio, e a maneira como lida com as situações da sua vida passa por essa leitura. A vivência de migração vai ser diferente para cada pessoa, haverá vários modos, afetos, comportamentos, pensamentos, sofrimentos ou não. As percepções da saída e chegada do país de origem ou do país de acolhida são diversas e inimagináveis; por isso, não é possível estabelecer critérios coletivos de ordem afetiva, cognitiva ou comportamental, é preciso olhar para a pessoa em migração, para as histórias que são reeditadas constantemente na subjetividade de cada um.

A subjetividade tem relação com a identidade; segundo Montagna (2017), a identidade se forma no contato com o outro, de maneira dinâmica, em um movimento que a pessoa e o seu entorno se reconfiguram, a partir das circunstâncias e novos elementos. Não há como dimensionar ou antecipar quais serão essas configurações.

Montagna (2019) chama a atenção para as incorporações que compõem o nosso ser e identidade, que se efetivam através de um filtro subjetivo. Portanto,

cada pessoa assimila no seu psiquismo os elementos da realidade externa de maneira particular, não havendo uma representação universal.

No que se refere à migração, para a pessoa que deixa seu lugar de referência, é imprescindível buscar mecanismos de superação para a nova etapa, pois encontra-se em um estado de crise, sofre com perdas e lutos, fica suscetível a estados psíquicos desorganizados (podendo ser transitórios ou não), sendo que a superação se operacionaliza a partir dos mecanismos de enfrentamento e de resiliência de cada pessoa.

Ao referir-se a essa individualidade, Montagna (2017) descreve que há sempre algo que aproxima as pessoas, todos são livres, independentemente de cor, raça, idioma, religião, condição econômica; mas, por outro lado, há algo que diferencia uma pessoa da outra e isso é o que as torna únicas, diferentes de todas.

A migração é um evento de crise, semelhante a uma condição de estresse, o que pode gerar riscos para a saúde. As mudanças provocadas pelo deslocamento podem gerar ansiedade de separação (processo de luto por perdas significativas), ansiedade antecipatória frente ao desconhecido, ansiedade *superegoica* pelo confronto com novos valores, ansiedade confusional, na distinção do velho e do novo, e ansiedade depressiva (MONTAGNA, 2017). As rupturas não são apenas de território, ultrapassam o limite de terra e rompem laços afetivos. Estes quadros psicológicos e afetivos podem culminar em respostas impulsivas, pouco elaboradas e imediatistas, prejudicando ainda mais o equilíbrio da pessoa.

Construir um projeto de saúde para a população imigrante implica em reconhecer as peculiaridades da condição de deslocamento, do coletivo ao qual tem referências, das barreiras e limites da integração social, da subjetividade das pessoas, da concepção de saúde, de modo que os profissionais de saúde estejam atentos à história do curso da doença, do sintoma e da história dos sujeitos para que as ações sejam resolutivas e não imediatistas e paliativas.

2.3 O ACOLHIMENTO DO IMIGRANTE À LUZ DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Neste trabalho, um dos referenciais para estudo é a Psicologia Social, que busca compreender o homem em suas interações, do encontro social, de intervenção mútua, que contribuem para o campo da investigação, tanto da Psicologia como da Sociologia, subsidiando a análise da formação de conceitos e, conseqüentemente, de comportamentos sociais.

O processo de representação social, a partir da Teoria das Representações Sociais, possibilita às pessoas interpretar aspectos da realidade e agir em relação a eles, tem caráter normativo, na medida em que se inserem nos modelos sociais, e prescritivas, quando utilizadas de guia para relações e atitudes sociais, com o objetivo de tornar familiar o que é estranho. Atribui ao estranho, conhecimentos já existentes, dando-lhe certa estabilidade (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

As representações sociais configuram-se como um dinamismo de construção e reconstrução, da junção do interior com o exterior, onde a adaptação é um fim, mas com acomodações constantes. As pessoas são seres psicossociais, que se apropriam de um conhecimento, a ele empregam esse lado pessoal (do interior) e compartilham com seu grupo; portanto, as pessoas possuem uma história pessoal, com determinantes sociais e culturais (MOSCOVICI, 2003).

A Teoria das Representações Sociais apresenta familiaridade com a Educação em Saúde, à medida que compreende a pessoa dotada de uma experiência, em um tempo e contexto narrativo, pelo qual é influenciada e influência nas teorias e nas práticas do dia a dia na vida pessoal e coletiva, nos variados cenários de atuação das pessoas. Estabelece um diálogo entre indivíduo e coletividade, entre o saber instituído pela produção científica e o senso comum, que é resultado das experiências das pessoas e suas percepções (GAZZINELLI *et al.*, 2013).

Essa junção da realidade como prática de intervenções e a teorização permitem a construção de conceitos que podem ser redefinidos e operacionalizados em ações. Assim, ao conceituar saúde-doença, é possível

identificar os elementos centrais na composição do pensamento, na compreensão dos comportamentos relacionados à saúde-doença e quais as intervenções possíveis na manutenção do estado de bem-estar.

As representações atribuídas aos grupos sociais impactam diretamente o modo de acolher e relacionar-se com esses grupos. Em relação aos imigrantes, podem ser atribuídos aspectos que interfiram na inserção nas comunidades de acolhida, criando estigmas e barreiras, colocando as pessoas em um lugar que não é real. Um serviço de saúde, quando recebe o imigrante indocumentado, pode fazer uma relação mental entre clandestinidade e legalidade e, ao tomar a clandestinidade como representação carregada de afeto, poderia acionar, internamente, medos irracionais e preconceitos.

Estar legal ou estar clandestino representa as lutas pelo reconhecimento da condição de *sujeitos de direitos*, não somente no que se refere ao documento, mas nos aspectos econômicos, do trabalho e de caráter assistencialista, que incluam a subjetividade, a cultura e a valorização da interação intercultural (MARINUCCI, 2016).

O espaço das representações nem sempre é declarado, assim como uma zona muda, não se revelam nos discursos do dia a dia, não se registram em questionários ou pesquisas, porque considera-se que, na regra social, não seria adequado, a exemplo, os preconceitos e estereótipos atribuídos a determinados grupos sociais (MENIN, 2006).

Muitas vezes, as relações sociais se estabelecem antes mesmo do contato físico, estamos carregados de conceitos e preconceitos, que se concretizam no relacionamento humano; quanto mais estranho, mais fácil atribuir-lhe um significado, na tentativa de nomeá-lo e, assim, sentir-se mais seguro nas relações. Alguns temas impactam as sociedades, por conta de sua época e problemas contemporâneos; entretanto, é preciso cuidar para não responder com estigmas coletivos, como marca perpétua.

Sayad (1998) retratou o drama da imigração em massa dos argelinos para a França, na década de 60, como uma problemática social e descreveu a situação dos imigrantes: no trabalho, era necessário acomodar os imigrantes, mas nem sempre eram nas melhores acomodações; na saúde, era necessário tratar, mas

que fosse de modo rápido; era necessário buscar a igualdade de salário e assegurar a educação para os filhos. Para o autor, estes movimentos instituíram o nacional e “não nacional”, a convivência definitiva com os paradoxos da imigração. O “não nacional”, podendo reverter-se em um “não humanizado”, e a garantia dos direitos civis, nem sempre estavam acompanhados dos direitos sociais e da integração social.

O indivíduo permanecia sempre na condição de imigrante, em constante processo de transformação cidadã, procurando manter sua cultura, influenciar outras, na busca de acomodação de direitos e do espaço social e político, vivendo o paradoxo de ser emigrante e imigrante ao mesmo tempo e deparando-se, constantemente, com um universo simbólico que não era o seu, porque tinha referências em outra formação social. Aos poucos, foi se inserindo nessa nova organização social, mas sem integrar-se totalmente, uma vez que não encontrava referências nativas no lugar de acolhida, vivendo o confronto do idioma, com os hábitos alimentares e de vestimenta, modos de comportamento, modelos de economia, os modelos grupais apenas apontavam para o que não lhe era próprio, nem pessoal nem socialmente. Nesta acomodação de cultura e valores, o imigrante era quem tinha que esforçar-se para diminuir o impacto, mas os sinais de estigma como o sotaque, os hábitos corporais, comportamentos e crenças, os gostos esportivos permanecem e denunciavam a distância geográfica e social (SAYAD, 1998).

Para Sayad (1998), os processos migratórios, quando bem analisados, revelam o mundo social e os sistemas de representações dos envolvidos. Compreender essas diferenças é fundamental para a elaboração de estratégias que insiram o imigrante na “mesa”, para que possa participar das problemáticas sociais, evitando-se a exclusão.

O sentimento em relação ao imigrante deve ser de aceitação, de interação e participação social e política. Um relacionamento efetivo, onde as duas partes (imigrante e nativo) se misturam e se modificam, pois, ao adentrar em um país, é necessário desenvolver o sentimento de pertencimento e acolhida; não basta apenas receber, mas inserir e integrar, na sua diversidade e complexidade.

2.4 O IMIGRANTE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Pensar as questões dos imigrantes e conhecer as características e necessidades dessa população possibilita ao Estado a implantação de políticas que atendam às suas demandas de maneira realista e resolutiva. São Paulo é uma *megametrópole*, de maneira que as questões a serem resolvidas tomam uma complexidade, devido à equação entre número populacional e recursos públicos. Quando se refere aos imigrantes, o governo municipal, por meio do Centro de Referência ao Imigrante (CRAI) tem investido no acolhimento em várias frentes, como saúde, educação, trabalho e assistência social no atendimento a essa população.

O Boletim CEINFO de 2015, uma publicação oficial da prefeitura de São Paulo, em edição especial, retratou a situação dos imigrantes no município, ressaltou a participação de colônias de estrangeiros na formação histórica da cidade, com predomínio de italianos, portugueses e japoneses, apontando para a diferença de rotas e motivações de migração na atualidade, com prevalência de imigrantes e refugiados bolivianos, chineses, haitianos, africanos e sírios, residindo em São Paulo. O mesmo documento aponta para dificuldades dos imigrantes em acessar os serviços públicos por falta de documentação. (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

O fato de não se inserirem no sistema de saúde, na atenção básica e em programas de promoção e prevenção de saúde resulta em agravos da doença, necessitando de atendimento médico-hospitalar, muitas vezes de emergência, pela agudização de sintomas e risco de morrer.

As questões relativas aos imigrantes foram se destacando pelo aumento de usuários nos serviços de saúde, chamando a atenção das redes de assistência social para ações mais específicas, que pudessem atender às necessidades dos imigrantes.

Em 2013, para atender ao Plano de Metas da prefeitura de São Paulo, no enfrentamento da xenofobia, esta, através da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo (SMDHC), firmou um termo de cooperação com o Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo

(IRI/USP), na realização de uma pesquisa para retratar as condições de atendimento aos imigrantes, em relação aos serviços públicos do município e as dificuldades enfrentadas pelos agentes públicos com a população de imigrantes. Dos resultados, observou-se a ausência de dados sobre os atendimentos dos imigrantes que pudessem subsidiar os programas nos mais diversos órgãos do município, bem como verificou-se um déficit de articulação entre os órgãos públicos. A pesquisa inicial, que foi chamada de Diagnóstica, foi produzida em 2013 e 2014; foram abordados agentes da ponta dos serviços públicos, que lidavam diretamente com os imigrantes. O projeto recebeu o nome de Cosmópolis (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017).

O estudo encomendado pela prefeitura chamou a atenção para quatro pontos: o déficit de informação, o despreparo dos agentes públicos no atendimento à população dos imigrantes – principalmente no idioma e cultura –, a ausência de um interlocutor que fizesse a ponte entre as partes (a comunidade imigrante e os agentes públicos) e a ausência de articulação entre os órgãos públicos.

Segundo o Departamento de Polícia Federal, as cinco nações com maior número de imigrantes são Portugal, Bolívia, Japão, China e Itália. Esse registro corresponde ao ano de 2016, sendo que os bolivianos, apesar de estarem em segundo lugar no município, representam 73% dos bolivianos residentes no país. Já em relação à presença de imigrantes sul-americanos, os bolivianos se destacam, com 56,2% dos registros no município de São Paulo (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017).

Os dados oficiais possivelmente refletem uma parte da realidade; é necessário lembrar que nem todos os imigrantes possuem registro nos órgãos públicos, em razão da condição de clandestinidade, indocumentação, situação de refúgio, entre outras situações nas quais as pessoas preferem permanecer “invisíveis” ao sistema público. Nas maternidades de São Paulo, por exemplo, é frequente o nascimento de crianças de pais bolivianos que não possuem documentação regularizada.

Na pesquisa São Paulo Cosmópolis (2017), observou-se a divergência nos bancos de dados sobre imigrantes, entre os diversos órgãos, como o Departamento de Polícia Federal e Secretarias do município. A produção de

dados reflete na pouca sistematização das informações sobre os imigrantes em São Paulo, as bases de dados não estão sincronizadas e há o apontamento de discrepâncias com relação ao número de imigrantes que são beneficiados pelos serviços públicos, situação que pode refletir na implementação e efetividade de políticas públicas setoriais e intersetoriais, que são orientadas pela caracterização destas populações e pela projeção populacional, apontados nos referidos levantamentos.

A partir de 2014, a Ceinfo passou a realizar registros mais específicos sobre a população de imigrantes, por tratar-se de população com necessidade de atenção especial e políticas públicas específicas, no sentido de ampliar o olhar para a questão de imigração e de refúgio. A primeira divulgação de dados se deu em 2015, onde os bolivianos são apontados como a população de maior número de atendimentos nos serviços de saúde (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Os dados levantados foram coletados a partir da apresentação do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Mas, somente uma parte da população imigrante realizou o cadastro no cartão, a exemplo dos chineses, onde cerca de 1,5% possuem o CNS, na correlação entre a emissão do cartão com os registros de imigrantes. Em relação à emissão do CNS, os haitianos tiveram um aumento de cadastros, passando de 247, em 2015, para 481, em 2016, um reflexo do aumento crescente dos haitianos em São Paulo (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Na saúde, dois indicadores assumem importância na leitura de dados para o planejamento dos serviços, os índices de natalidade e de mortalidade. De acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), entre 2012 e 2014, 3% da população de nascidos vivos foram de mães estrangeiras, com prevalência de mães bolivianas, chinesas e paraguaias. A barreira linguística nas maternidades foi considerada um fator que interfere no atendimento, além do desconhecimento dos direitos e a localidade geográfica na relação com a moradia, que dificultam os acessos das gestantes aos serviços de saúde. A mortalidade, outro indicador de saúde, apontou para as condições de vulnerabilidades, o número de óbitos de bolivianos entre 20 e 39 anos de idade, com índices mais elevados do que para outras nacionalidades com histórias de imigração mais antigas (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Esse panorama do imigrante no município de São Paulo modifica-se constantemente, relaciona-se com o dinamismo dos movimentos e incrementos de ações nas diversas secretarias e políticas instituídas pelas demandas da população e iniciativas governamentais e, apesar dessa dinâmica de mudança, auxilia a compreender a complexidade da inserção, vulnerabilidade e integração da população imigrante na cidade.

2.5 UMA POLÍTICA PARA OS IMIGRANTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

As discussões acerca da imigração são de esfera pública, de responsabilidade da União e configuram-se como demanda social, com reflexos em cada território do país. Compete à gestão local identificar os problemas relacionados ao tema e formular alternativas para as soluções possíveis, com ações e políticas públicas que atendam às demandas dessa população.

No município de São Paulo, esse movimento de construção de políticas próprias para os imigrantes tem marco. Em dezembro de 2015, foi realizada uma audiência pública, organizada pela Coordenação de Políticas para Imigrantes (CPMig), da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), onde participaram imigrantes, representantes de associações, organizações não governamentais ligadas aos imigrantes, grupos de pesquisa e instituições públicas, com o objetivo de prover a Administração Pública sobre as demandas sociais locais e avaliar os serviços implementados no atendimento a esta população. Após sete audiências, várias emendas foram incluídas e regulamentadas pela Lei Municipal 16.478, de 2016, Política Municipal para a População Imigrante, com o seguinte texto no caput do artigo:

a ser implementada de forma transversal às políticas e serviços públicos, sob articulação da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, com os seguintes objetivos: I - garantir ao imigrante o acesso a direitos sociais e aos serviços públicos; II - promover o respeito à diversidade e à interculturalidade; III - impedir violações de direitos; IV - fomentar a participação social e desenvolver ações. (SÃO PAULO, 2016).

A política na sua efetivação requer a integração entre as secretarias, a garantia do direito básico ao acesso aos serviços e à integração do imigrante como cidadão, observada suas especificidades.

No que compete ao município de São Paulo, ficou designado na Seção V, em relação às competências da Secretaria da Saúde, o que segue:

Da Secretaria Municipal da Saúde

Art. 14. Cabe à Secretaria Municipal da Saúde – SMS promover o acesso à saúde culturalmente adequado para toda a população imigrante, independentemente de sua situação migratória e documental, conforme estabelece a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Na Saúde, foram reafirmados os princípios do SUS, a observância dos aspectos epidemiológicos do país de origem, os determinantes de saúde como fator de cuidado e atenção no entendimento do processo saúde-doença, em uma visão intersecretarial, respeitando-se os diferentes ciclos e características (por exemplo, de gênero e idade) no desenvolvimento humano, a diversidade cultural e religiosa.

Pensar numa política pública para os imigrantes implica olhar para as demandas do fenômeno de deslocamento, de modo que o poder público possa comprometer-se com essa população, envolvendo os gestores dos serviços no empenho em dar resolução de maneira coletiva, em rede assistencial, dar escuta aos usuários dos serviços e aos colaboradores de maneira qualificada, em uma relação horizontal no desenvolvimento da cidadania, com vistas a minimizar as desigualdades sociais.

É importante observar que a política estabelecida no município de São Paulo, além de levar em conta a multifatorialidade do processo migratório, procura contemplar as especificidades das nacionalidades e baseia-se no conceito de saúde em três planos: biológico e orgânico, individual e coletivo. A doença não é compreendida por alterações fisiopatológicas, mas um estado de sofrimento, a dor, o prazer, expressos pelo corpo subjetivo que adocece, resultante também das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer e esportes e saneamento (VIANNA, 2012).

As políticas públicas estabelecidas no município devem ser implementadas e monitoradas na gestão dos serviços, da assistência e dos processos. Uma das ferramentas para a efetivação das ações é a educação permanente, que, a partir da leitura dos problemas do território, promove a reflexão e transformação dos campos de trabalho, com o propósito de melhoria das condições de saúde e de vida das pessoas.

2.6 A SAÚDE E O IMIGRANTE

Os deslocamentos de imigrantes para o Brasil incrementam debates em vários setores da gestão pública, dentre eles o acesso e a integração dos imigrantes no sistema assistencial da saúde pública.

A condição de saúde dos imigrantes é um aspecto central para a sua inserção e integração à sociedade.

Para atender às exigências de saúde dessa população, é fundamental ter em mente o conceito de saúde de cada nacionalidade, e como lidam com o processo de saúde e doença, o que permite identificar as fragilidades em relação a hábitos, alimentação, modos de viver e relacionar-se coletivamente, implicando no bem-estar dos imigrantes. Em relação à adaptação no país de acolhida, torna-se imprescindível abranger as condições de acolhimento, das mudanças comportamentais, sociais e de alimentação, de moradia e de trabalho que impactam a saúde das pessoas.

A exemplo das peculiaridades do modo de viver e da saúde, o estudo de Abrahão *et al.* (2020), com bolivianos em São Paulo, verificou um aumento da presença de tuberculose e doenças de pele, em comparação à população geral, relacionado à precariedade do modo de vida e trabalho. Outro fator indicativo de prejuízo de saúde diz respeito ao deslocamento; pelo afastamento da família e das referências de nacionalidade, que podem se configurar como fatores predisponentes a riscos à saúde mental, propiciando o aumento do consumo de álcool, drogas, fumo, estresse e quadros de adoecimento crônico, nem sempre computados nas estatísticas, porque são silenciosas, ou porque somente a agudização dos sintomas mobiliza a pessoa ou família na busca de atendimento.

No processo de integração dos imigrantes no sistema de saúde, as vigilâncias epidemiológica e sanitária atuam na identificação dos fluxos migratórios ou recebimento de refugiados, no mapeamento de informações epidemiológicas dos países de origem para as ações protetoras, tanto para a população de estrangeiros, quanto para a população local (MARTIN *et al.*, 2018). Essa questão é bastante preocupante, pois é fato que pode acentuar processos discriminatórios, principalmente nas populações de regiões de fronteira.

Abordar o processo saúde-doença dos grupos de imigrantes não deve provocar o isolamento desses grupos, mas facilitar a implementação de práticas para a criação de estratégias nos locais de acolhida, na promoção, prevenção e recuperação dos aspectos de saúde nos seus territórios.

Em São Paulo, desde 2001, foi criada a Coordenação de Epidemiologia e Informação (Ceinfo), da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de produzir informações estratégicas e dar suporte à gestão dos diversos níveis e áreas de atuação da Secretaria.

O Boletim Ceinfo de 2015 apontou para as dificuldades no levantamento dos dados acerca dos atendimentos no âmbito hospitalar, devido a falhas no sistema do registro do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e a falta de documentos dos imigrantes, principalmente daqueles na condição de refugiados, de maneira que há possibilidade de subnotificação dos dados sobre a saúde da população de imigrantes. Foram, ainda, elencadas algumas das dificuldades no atendimento à população imigrante, como migrantes em situação de pobreza, indocumentados e de pessoas que se excluem do sistema de saúde. As barreiras culturais e linguísticas também foram citadas como as mais urgentes a serem vencidas para as ações de promoção e prevenção de saúde, com reconhecimento da necessidade de implantar ações de efetivo acolhimento para essa população. No relato, consta ainda a falta de capacitação ou habilidades dos profissionais para lidar com a diversidade dos estrangeiros, podendo tornar o grupo de imigrantes mais vulneráveis a preconceitos e discriminação. (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Com esses dados, é possível verificar que o sistema de saúde necessita de adequações, em relação a processos que atendam às especificidades dos imigrantes em conformidade com seu país de origem, em relação ao preparo e sensibilização dos profissionais para mitigar ideias preconcebidas e

discriminatórias, além da necessidade de superar barreiras de idioma e de cultura para a integração do imigrante no Sistema de Saúde.

Como estratégias para lidar com as questões, são consideradas as seguintes ações: facilitar a comunicação por meio de material educativo, rede de intérpretes, contratar Agente Comunitário de Saúde dentre os grupos de imigrantes e refugiados, educação permanente dos profissionais de saúde, adequação dos equipamentos de saúde em relação à ambiência e aprimorar sistemas de informação à saúde (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Ainda como conclusão, o boletim aponta que as “as boas práticas” no atendimento aos imigrantes dependem quase que exclusivamente de iniciativas locais e isoladas.

As ações de acolhida aos imigrantes na saúde estão intrinsecamente ligadas ao acolhimento das condições de vulnerabilidade, do cuidado coletivo, com o olhar para o território na oferta de recursos no âmbito da saúde dos diversos equipamentos disponíveis, de maneira a integrá-los em rede assistencial.

2.6.1 A assistência hospitalar no município e os imigrantes

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo está organizada em rede de assistência, com duas grandes divisões, a Atenção Básica, coordenada pelo Departamento de Atenção Básica, ligada à administração direta e a AHMSP pela gestão Hospitalar.

A Secretaria tem o desafio de conciliar os diferentes modelos de gestão (da administração direta, indireta e por parceiros), a diversidade/complexidade dos serviços e a dimensão territorial, para atendimento em promoção, prevenção e reabilitação em saúde em rede de assistência. Para esse ajuste, as ações são estabelecidas pelo Plano de Metas do Município, reavaliado a cada quatro anos, com monitoramento anual dos avanços e dificuldades implementadas na secretaria.

A Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo (AHMSP), o campo de pesquisa deste trabalho, faz a gestão direta de onze hospitais, duas UPAS e acompanha a atuação assistencial dos hospitais geridos por Organização Social

no município. A AHMSP foi criada pela Lei nº 13.271, de 04 janeiro de 2002, e reestruturada pelo Decreto nº 50.478, de 10 de março de 2009, com a finalidade da gestão das unidades hospitalares e organizar as atividades educacionais nas unidades da AHM, com base na Política Nacional de Educação Permanente.

Considerando o contexto da Secretaria Municipal de Saúde e o objeto de estudo deste trabalho, o campo de pesquisa foi definido como a AHMSP, em quatro unidades hospitalares, classificados pela autarquia hospitalar como os “quatro grandes”, devido à estrutura dos equipamentos, oferta de leitos de internação, complexidade assistencial. Todos possuem atendimento de Pronto Socorro agregado, com referência para urgência e emergência.

O atendimento em pronto socorro é a porta de entrada para os serviços hospitalares, o primeiro ponto de acolhimento aos usuários caracteriza-se por duas possibilidades de entrada, uma é a procura espontânea dos usuários, a outra por meio dos serviços de SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e Bombeiros.

O acolhimento na porta de entrada dos hospitais é realizado pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco, que consiste no conceito de acolhimento da queixa inicial e compreensão do sintoma que motiva o paciente a procurar o serviço de urgência, parte de uma situação-queixa. A partir dessa identificação, o profissional realiza uma busca nos fluxogramas, pré-definidos, com discriminadores de dor e sintomas, que permitem a determinação de um quadro clínico. É uma ferramenta que tem a finalidade de agilizar o atendimento, a classificação estabelecerá a prioridade e tempo de resposta no atendimento (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2017).

Esse primeiro acolhimento aos usuários é realizado por um profissional enfermeiro, habilitado para avaliar a escala de dor, considerando a influência de cultura e social, idade, experiência prévia de dor e necessidade de afastamento do trabalho. Essa avaliação leva em conta a subjetividade dos pacientes, pois o meio de avaliação é o relato dos mesmos e da compreensão individual do adoecimento.

Para o imigrante, esse é o primeiro desafio do acolhimento, fazer-se compreender a partir da subjetividade e nas dificuldades de comunicação, traduzir a história e evolução dos sinais e sintomas do adoecimento.

Outro ponto de desafio da assistência hospitalar no acolhimento é o serviço da maternidade; é um atendimento de grande procura pelas imigrantes, e carrega muitas crenças e mitos em seu entorno, do aleitamento materno e vínculo mãe-bebê.

Os programas de acompanhamento de gestação nas UBS favorecem a conversa com os profissionais de saúde sobre suas fantasias acerca do parto, inclusive sobre a preferência de parto (normal, natural, cócoras). Porém, nota-se certa descontinuidade desse acolhimento nos hospitais, sendo fundamental a integração da rede de atenção básica e hospitalar.

Na população boliviana, por exemplo, as mulheres ficam em repouso por 24 horas no pós-parto. Nas aymaras (bolivianas) e mapuches (chilenas), as puérperas não tomam banho logo após o parto, apenas vários dias depois, mantendo a higiene somente com panos, pois acredita-se que poderá sofrer de uma doença, frio no corpo, que “seca o leite” e a mãe perde o vínculo com o bebê ou o útero endurece (EQUIPE BASE WARMIS, 2019).

Ainda para as aymaras, a cesariana deixa uma marca para sua vida, pois a mulher passa a ser considerada inservível para as tarefas do campo, relegada então às tarefas menos importantes, recebendo a denominação de “a costurada”. Em relação ao destino da placenta, para muitas culturas, é entendida como parte do bebê, sendo que o descarte da mesma merece procedimento cuidadoso (EQUIPE BASE WARMIS, 2019).

Apesar dos programas de acolhimento à parturiente, essas situações não se encaixam nas rotinas dos hospitais mais tradicionais, pela falta de material, pelo desconhecimento e falta de formação dos profissionais para atender tais demandas.

Os serviços de assistência à gestante e parto, mesmo quando estabelecem um plano de parto, não suprem integralmente as necessidades das pacientes imigrantes, pela ausência de protocolo implantado na rede hospitalar como um todo, para diferenças raciais e culturais.

Apesar dos apontamentos, nos exemplos descritos, em relação à cultura e interação relacional, a Política Institucional de Humanização da AHM retrata as dificuldades do idioma como a primeira barreira a ser superada em relação ao acolhimento aos imigrantes, possivelmente por ser o ponto de partida da interação social.

A AHMSP, no projeto de implementação de ações de humanização na assistência hospitalar, no acolhimento aos usuários, reservou um espaço para discutir nos grupos de trabalho de humanização, o acolhimento aos imigrantes, onde ficou documentada a urgência da compreensão de línguas estrangeiras, principalmente em pronto socorro. Tem como proposta o levantamento de vocábulos que possam auxiliar nessa compreensão e oferecer assistência com mais agilidade; outra alternativa é a criação de um banco de voluntários para as situações que necessitem de intérpretes.

2.7 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

No ano 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com a finalidade de implementar a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços, pela mudança de cultura no atendimento, por meio do aprimoramento dos relacionamentos entre os trabalhadores da saúde, usuários dos serviços e comunidade (BRASIL, 2013b).

Em 2003, o Ministério da Saúde transformou o programa em política, a Política Nacional de Humanização (PNH), com a responsabilidade de efetivar os princípios do SUS na prática diária de atenção e gestão das instituições, promover discussões entre os gestores, os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, na reorganização dos serviços, como formas para a implementação de programas que atendam às demandas dos territórios, a partir do interesse coletivo.

Segundo a PNH, o processo de produção de saúde deve valorizar todos os envolvidos, promover a autonomia e a capacidade das pessoas em modificar a

realidade. Nestas produções, a comunicação, a responsabilidade compartilhada e a efetivação de vínculos são elementos fundamentais. Os problemas nos territórios e nos serviços devem ser analisados de maneira a estimular a positividade na superação das dificuldades.

Humanização é a inclusão dos diferentes, da subjetividade e da singularidade no enfrentamento das dificuldades decorrentes do adoecimento. No âmbito do hospital, remete às tecnologias leves, da escuta, do alívio pelo discurso, na elaboração de fluxos e protocolos, de maneira que estes sejam ágeis, práticos, menos invasivos e mais resolutivos, da gestão participativa dos serviços, da compreensão do território e articulação dos serviços numa rede interna e externa.

A humanização traduz-se como um campo de práticas, derivadas do SUS, como rede de assistência, evitando-se a compartimentalização de ações, integrando os diferentes atores no processo saúde-doença dos usuários, dos gestores e dos servidores do sistema de saúde (GOULART; CHIARI 2010). E, apesar dessa praticidade, integra as dimensões física, psíquica, social e espiritual dos pacientes como componentes no processo saúde-doença.

Leininger in Queiroz e Pagliuca (2001) descreveram o cuidado do humano a partir de uma perspectiva transcultural, relacionando esse cuidado em relação à visão de mundo, estrutura social e outras dimensões e, então, prover de comportamentos culturalmente congruentes para diferentes pessoas, famílias e grupos sociais.

Dos princípios do SUS, a integralidade da assistência não se restringe ao acesso, mas aos aspectos que constituem as necessidades das pessoas, faz menção à condição integral e não parcial da compreensão do ser humano. Os trabalhadores da saúde devem preparar-se para ouvir o usuário/paciente, entender o seu contexto social e, decorrente desta compreensão, atender à sua demanda (PAIM, 2015).

Humanizar as práticas de saúde requer uma aproximação de elementos técnicos e instrumentais com a subjetividade e a compreensão do humano, para servir de base na formação de processos de trabalho que traduzam a PNHAH no cotidiano das unidades, operando no respeito da individualidade das pessoas

inseridas numa determinada coletividade, seja um grupo conhecido ou estrangeiro à nossa realidade.

2.7.1 O acolhimento: resgatando conceitos

A migração é um momento de vulnerabilidade para as pessoas, é uma situação que muda a direção do curso da vida, com características de crise pessoal, carregada de ansiedade pelo desconhecido, estado que pode ser abrandado pelo modo que os imigrantes são acolhidos no país de escolha.

O acolhimento na saúde se traduz numa postura ética na escuta do usuário em suas queixas, reconhecendo nele o protagonista no processo saúde-doença e na sua responsabilização pela resolução, com a ativação de redes de compartilhamento de saberes (BRASIL, 2004).

“Acolher significa, entre outras coisas, dar crédito a; dar ouvido a; tornar em consideração” (SÃO PAULO, 2002). Esses são os preceitos da prefeitura de São Paulo, quando introduziu o programa de acolhimento na saúde no município em 2002, incluindo ações que facilitam os acessos ao sistema e reorganizam os serviços e processos de trabalho a partir do protagonismo dos usuários.

Esse modo de acolher as relações se sustenta na horizontalidade e considera a singularidade dos usuários, onde as produções são coletivas, sempre com abertura para a escuta, valorizando atitudes de inclusão (BRASIL, 2010).

O pensar, o agir e o sentir são funções que se interligam no acolhimento, como processos mentais dinâmicos que se fundem nas ações dos profissionais, reduzindo respostas automáticas.

O modelo mental do acolhimento procura integrar os dois lados do ser humano, o racional, técnico e empírico com o simbólico, mitológico e mágico, a partir de um modelo sistêmico, buscando a complementariedade. Tem como referência o pensamento complexo, em espiral, no qual somos produtos-produtores; é o pensamento que procura unir conceitos, se não for possível operar as diferenciações (PENA-VEJA; ALMEIDA, 2010). A forma de pensar não é estanque, não existe uma valorização ou destaque para um aspecto do

pensamento, que se encontra em contínuo movimento e reflexão diante dos estímulos.

A inclusão é um desafio no campo da saúde, da humanização, o estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva são caminhos para a valorização das pessoas na singularidade e de seus grupos, o acolhimento é ferramenta fundamental nesta reformulação.

Acolher com legitimidade, com escuta qualificada, atenta, favorecendo um discurso “de retorno”, no qual o feedback entre as partes permite eliminar os ruídos da comunicação e promove a inserção do imigrante nos serviços públicos, como forma de concretizar sua cidadania e estabelecê-lo como residente no país de escolha.

2.7.2 Uma política institucional de humanização na AHMSP

Pautada na Política Nacional de Humanização, a Autarquia Hospitalar Municipal (AHM) de São Paulo, ao final de 2018, em decorrência de mudança de gestão, publicou a Portaria 160/18, instituindo o Núcleo de Humanização da Autarquia, estabelecendo eixos prioritários, dentre eles, o acolhimento aos usuários.

A partir dessa Portaria, foram realizadas visitas às Unidades Hospitalares, para recomposição dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs).

É função do GTH acompanhar e propor ações e projetos na garantia da Humanização em todas as Unidades da AHM, em consonância com os princípios do SUS, com a Política Nacional de Humanização e com as diretrizes e metas da Autarquia Hospitalar Municipal. Deverá ser composto por servidores de diferentes esferas hierárquicas e profissionais, com a participação de integrantes que representem municípios da região que demonstrem interesse comum em discutir os serviços prestados, a dinâmica de equipe e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e seus usuários.

O Núcleo de Humanização da Autarquia, com a finalidade de ampliar as discussões, em 2019, organizou oficinas de trabalho com os representantes de

GTH das unidades hospitalares, para a construção da política interna, que foi encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde para validação e publicação.

Os princípios que regem a Política Institucional de Humanização da Autarquia são:

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
Estética porque traz para as relações e aos encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (BRASIL, 2010)

Na Política Institucional da AHMSP, no eixo intitulado “Acolhimento aos Usuários”, sobre a atenção à população migrante, observa-se a preocupação com os imigrantes sob dois aspectos: da regularização documental e da necessidade de estabelecer estratégias para a comunicação, em razão do desconhecimento dos idiomas.

Para subsidiar as ações de Humanização na AHM em relação aos imigrantes, é fundamental agregar informações de outras secretarias e áreas da prefeitura, propiciando o olhar ao migrante na sua complexidade e integralidade.

A SMDHC é um dos equipamentos da prefeitura de São Paulo responsáveis pelas demandas dos imigrantes, tem papel estratégico para alcançar essa população, como também articular com outras secretarias e organismos do Governo, para alinhamento de ações. A SMDHC tem a função de organizar a Conferência Municipal de Políticas Públicas para Imigrantes; a primeira foi em 2013, com representação de organismos públicos, parceiros, ONGs e população em geral. No relatório final da 1ª Conferência, houve a recomendação de que os equipamentos de saúde com incidência de população migrante fossem considerados unidades interculturais, garantindo a contratação de agentes de saúde imigrantes, para integração e reconhecimento desses espaços como legítimos ao migrante.

A 2ª Conferência ocorreu quatro anos depois do previsto; a comunicação e a necessidade de intérpretes foram amplamente discutidas no campo da saúde,

os avanços com a contratação de imigrantes como agentes de saúde em algumas regiões da capital, apesar de tímida em relação à necessidade das comunidades, foram reconhecidos. Discutiu-se a necessidade de facilitar o acesso de intérpretes dentro das unidades básicas, para além da tradução de idiomas, mas também na interpretação da cultura e hábitos, com fins de estreitamento de vínculos dos imigrantes com os profissionais da Unidade Básica. De forma geral, a abordagem da saúde dos imigrantes foi direcionada ao atendimento para as UBS, talvez pela representação de profissionais da atenção básica na composição das mesas ou pela urgência de incrementar ações nos territórios na promoção e prevenção de saúde.

2.8 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO MEIO DE TRANSFORMAÇÃO NOS PROCESSOS DE HUMANIZAÇÃO

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Educação Permanente, afirmando-se como estratégia para a formação de trabalhadores para o SUS, pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, cujas diretrizes foram posteriormente publicadas via Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007. Estabelece o conceito de “quadrilátero da formação” (ensino, gestão, atenção e controle social) como processo político-pedagógico, no qual associa o ensino, as repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social, nos debates e na problematização do cotidiano, como meios de transformação das pessoas, dos processos de trabalho, equipes e da instituição. As alternativas são examinadas com base no SUS para a superação dos problemas, com a finalidade de promover a reflexão dos atores envolvidos nos processos a qualificação de ações e ampliar a resolubilidade do sistema de saúde (BRASIL, 2018).

A educação permanente em saúde é uma proposta de aprendizagem que se opera no trabalho, tem como modelo relacional a horizontalidade; o aprender e o ensinar se incorporam na rotina dos serviços, desfaz a crença de que os profissionais precisam ser capacitados com novos conteúdos e tecnologias, ao contrário, valoriza o saber de cada um e o incorpora na formação das pessoas.

A problematização favorece a aproximação dos profissionais na observação da prática, a reflexão sobre os processos de trabalho de modo crítico, que possibilita relacionar essa realidade com a temática a ser estudada. A combinação da percepção da realidade e dos temas a serem estudados possibilita identificar elementos que convergem entre si para o aprimoramento do exercício pessoal, profissional e do trabalho. Segundo Berbel (1995), é uma oportunidade de aprendizagem efetiva, como um processo de transformação individual e coletiva, gerando reflexão sobre os processos de trabalho, incrementando o trabalho em equipe.

A aprendizagem significativa tem como premissa que o conhecimento novo se instala na composição de conhecimentos prévios, de maneira que o novo se integra na realidade das pessoas e não somente pelo conteúdo do novo conhecimento. O aprender é dinâmico, sendo mais eficiente quando as pessoas têm a possibilidade de agregar e incorporar os novos conteúdos ao repertório de conceitos organizados previamente (GOMES *et al.*, 2008).

Somar o conhecimento dos profissionais, a vivência da realidade e os constructos teóricos são fundamentais para o alinhamento de estratégias que contemplem os serviços, de acordo com seu perfil e território no compromisso entre educação e trabalho.

Tomando este panorama da EPS, e considerando-se ainda a complexidade do sistema de saúde, que se modifica continuamente no perfil demográfico e epidemiológico, nas formas de trabalho, nos processos, equipamentos e tecnologias que se agregam ao cotidiano, é necessário fomentar a educação permanente em saúde nos princípios da Educação Interprofissional (EIP). De acordo com estes princípios, os profissionais de diferentes categorias aprendem entre si e sobre os outros, numa prática interativa, com a finalidade da valorização da atenção à saúde, reafirmando os princípios do SUS, a universalidade, integralidade, participação social e equipes mistas de trabalho (BRASIL, 2018).

A visão da interprofissionalidade permite olhar para o usuário, compreendê-lo, a partir da subjetividade dos sujeitos e dos coletivos na integralidade da assistência. Assim, as ações de educação são elaboradas a partir da história dos sujeitos e das suas necessidades. Os coletivos são grupos que têm

particularidades na sua constituição e que requerem um olhar de atenção, como no caso da população de imigrantes, com múltiplas demandas.

Um dos caminhos para o acolhimento e atendimento dessa população é formar profissionais que reconheçam as demandas dos imigrantes e, ao compreendê-las, facilitem o acesso e as intervenções em saúde. Neste relacionamento, as percepções dos profissionais são fundamentais para a construção de um projeto de educação permanente nas unidades de saúde. A formação do profissional do SUS fortalece o próprio sistema, subsidia os atendimentos com base na humanização, promove a reflexão sobre a atuação no cotidiano, otimiza os processos de trabalho, tornando o serviço mais resolutivo na assistência que oferece, na realidade de cada território.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Para alcançar os objetivos deste trabalho, foi utilizado o método qualitativo, descritivo e exploratório, o problema de pesquisa foi tratado a partir da qualificação dos dados obtidos na coleta. O método em questão foi de interesse do pesquisador, por ter como fundamentação a preocupação com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de uma organização, por discorrer sobre a subjetividade e o simbólico das informações, por considerar como elemento significativo a compreensão dos aspectos da realidade, centrando-se no entendimento e explicação da dinâmica das relações sociais.

A modalidade de pesquisa exploratória foi opção de escolha pelo pesquisador, por permitir maior aproximação com o problema, tornando-o mais claro e explícito, conforme Gil (2002, p. 41), favorecendo a criação de uma base de hipóteses e o aprimoramento de ideias acerca do tema. Pode ser considerada uma primeira aproximação do tema, que facilita, aumentando a familiaridade com o mesmo e conferindo clareza para os conceitos.

Oliveira (2011), no seu manual para realização de pesquisas, cita Zikmund (2000), que se refere à utilidade de estudos exploratórios para o diagnóstico de situações, na exploração de alternativas ou na descoberta de novas ideias. Por isso, são realizados num processo inicial, onde se busca esclarecer e definir o problema, gerando mais informações. O autor ressalta que, mesmo quando existem conhecimentos do pesquisador sobre o assunto, a pesquisa exploratória tem sua utilidade, pois, para um mesmo fato, pode haver várias alternativas e a exploração do tema permite buscar essa abrangência de respostas.

A natureza deste trabalho requer um olhar descritivo sobre o assunto, para atender aos objetivos propostos. Para Fernandes e Gomes (2003), a modalidade de pesquisa descritiva tem o papel de descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou ainda estabelecer relações entre variáveis. Gil, citado por Fernandes e Gomes (2003), refere que algumas pesquisas ultrapassam o registro descritivo: “embora definidas como descritivas a

partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias.”.

Portanto, como o próprio nome revela na pesquisa descritiva, o pesquisador tem como propósito a descrição, o registro e a análise do material levantado durante o processo deste trabalho.

Minayo (2012), ao referir-se à análise qualitativa, assinala a necessidade de colocar-se no lugar do outro; no campo de pesquisa, é preciso observar os processos que ocorreram, com abertura para questionamentos. Em relação à produção textual, deve ser fiel aos achados, contextualizando-os na garantia dos critérios de fidedignidade e validade. Alerta, ainda, para a importância da objetivação, um processo onde se reconhece a complexidade dos objetos de pesquisa, teoriza, revê de maneira crítica o conhecimento acumulado, estabelece conceitos, utiliza de técnicas adequadas e realiza as análises, mantendo-se, ao mesmo tempo, a especificidade e o contexto.

Uma das características relevantes da pesquisa qualitativa é a atenção para a compreensão dos grupos sociais na dinâmica das suas relações, que trabalham com significados, motivações, valores e crenças muito particulares da investigação, e estes não podem ser simplesmente reduzidos às questões quantitativas, pois respondem a noções muito particulares. É importante lembrar que dados quantitativos e qualitativos se complementam dentro de uma pesquisa (MINAYO, 2014).

Portanto, tem foco na compreensão do fenômeno, em um determinado contexto, a partir das perspectivas dos sujeitos, com especial cuidado de tratar os dados com enfoque indutivo, com cuidado para respeitar critérios de objetivação.

A objetivação relaciona-se a um esforço de conter a subjetividade no sentido de evitar o viés pessoal do pesquisador no desenvolvimento do seu trabalho (GOLDENBERG, 2004 p. 44), cuidado necessário para garantir a autenticidade da pesquisa.

Com a abordagem qualitativa, será possível que o pesquisador entre em contato com os significados percepções e opiniões da história e representações, que se traduzem nas interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem ou pensam as situações apresentadas, de modo individual e de

um determinado coletivo, o que poderá fornecer subsídios para o detalhamento do estudo, favorecendo sua compreensão e dimensionamento de realidade (MINAYO, 2014).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida no âmbito da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo (AHMSP), instituição pública de administração indireta, responsável pela atenção hospitalar própria no município de São Paulo, atualmente por onze hospitais de média e alta complexidade. A AHMSP foi regulamentada pelo Decreto 50.478, de 2009, com as seguintes finalidades: prover as necessidades das Unidades Hospitalares para as ações de promoção e assistência da atenção médico-hospitalar; promover a integração entre as ações das Unidades Hospitalares com o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência e Sistema de Regulação do Município de São Paulo; promover a integração entre as ações das Unidades Hospitalares e as ações da Atenção Básica do Município de São Paulo por meio da referência e contrarreferência.

A AHMSP tem como missão: “Prover ações de gestão hospitalar para execução de atendimento médico de forma humanizada com qualidade para toda população, em conformidade com as políticas públicas de saúde”. Estabeleceu, como visão: “Ser referência nas ações em gestão hospitalar com elevado padrão de qualidade, com tecnologia inovadora nas áreas de assistência, ensino e pesquisa em saúde”. (AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL, 2011).

A história da AHMSP tem sua criação com a Lei nº 13.271, de 04 de janeiro de 2002, que dispôs sobre a descentralização das ações e serviços de saúde da rede hospitalar. Inicialmente, contava com cinco autarquias no município de São Paulo: Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Tatuapé, Autarquia Hospitalar Municipal Regional de Ermelino Matarazzo, Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Jabaquara, Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo e Autarquia Hospitalar Municipal Regional Central.

Desde a criação da AHMSP, houve várias reestruturações na sua organização, sendo que a que vigora está regulamentada pelo Decreto Municipal 50.478/09, e a centralização das ações em um único equipamento de gestão de

saúde. Atualmente, tem gerenciamento total sobre onze unidades hospitalares: Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio (Tatuapé), Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio (Aricanduva), Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouvêa (Mooca), Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto (Ermelino Matarazzo), Hospital Municipal Tide Setúbal (São Miguel), Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula (Itaquera), Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (Jabaquara), Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro (Jd. Iva – Sapopemba), Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha (Campo Limpo), Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mário Degni (Butantã) e Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria (Pirituba).

Para compor o cenário de pesquisa, foram definidas quatro unidades hospitalares, a saber: Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto, Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio, Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha e Hospital Municipal Dr. Arthur de Ribeiro Saboya. A escolha destas unidades se deu pelo fato de serem as de maior complexidade no atendimento, com maior volume de atendimento e maior número de especialidades para atendimentos médico-hospitalares, sendo que, com esta tipificação, a população que busca os serviços tem características mais abrangentes. Outras unidades têm perfil de usuários mais específicos; por exemplo, atendem somente maternidade ou idosos e outras são de média complexidade, limitando a oferta de serviços. Considerou-se também que, na história da estrutura da AHM, estas unidades foram gestoras da sua região, agregando serviços menores, bem como oferecendo serviços de pronto atendimento, de urgência e emergência.

O Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto (HMACN), conhecido como “Hospital de Ermelino”, inaugurado em 1990, está situado na região leste; segundo o Boletim Ceinfo (2019), essa região conta com uma população estimada de 2.494.088 pessoas. Em sua história, o HMACN teve forte influência dos movimentos de saúde, sendo que sua construção foi uma reivindicação da população local. Trata-se de uma unidade hospitalar de referência terciária, com atuação marcante em traumas, gestação de risco e psiquiatria, sendo uma das maiores receptoras do SAMU no município, o que a torna referência na área de urgência e emergência nas especialidades que compõem, como, por exemplo, neurocirurgia. Pelas dificuldades de encaminhamento em rede de atenção básica de saúde, o hospital mantém um Ambulatório de Egressos para as clínicas de:

cirurgia geral, vascular, pediátrica, ortopedia, neurocirurgia, fisioterapia e terapia ocupacional. Possui serviço de apoio diagnóstico (AHM, 2011). A unidade recebe programa de Residência Médica e Residência Multiprofissional, esta última em urgência e emergência e conta com um quadro de recursos humanos de 1.219 profissionais.

O Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio (HMCC), ou “Hospital Tatuapé”, localizado na Avenida Celso Garcia, próximo de grandes corredores de transporte, vias públicas de grande intensidade e rodovias, é um hospital de grande porte, nível terciário, com prioridade ao atendimento de politraumatizados, referência para neurocirurgia, tratamento de queimados, cirurgia bucomaxilofacial e reconstrução mamária. Na divisão regional da SMS, está instalado na Região Sudeste, que conta com uma população estimada de 2.705.660 pessoas (SÃO PAULO, 2019). Tem como missão oferecer atendimento humanizado de alta complexidade na assistência hospitalar, valorizando o ensino e pesquisa. Possui programa de residência médica, bucomaxilofacial e multiprofissional no intensivismo, com intensa procura para residência optativa em Cirurgia/Queimados. Conta com um quadro de recursos humanos de 1.723 profissionais.

O Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha (HMFMPR), “Hospital do Campo Limpo”, é um hospital com 28 anos de construção, de alta complexidade, com atendimento clínico e cirúrgico nas áreas ambulatorial e hospitalar de urgência e emergência. Está localizado na região Sul do município de São Paulo e tem uma população estimada de cerca de 2.779.447 pessoas (SÃO PAULO, 2019). É um hospital de referência para atendimento em saúde mental, trauma e cirurgia, pediatria, gestação de alto risco, ortopedia e traumatologia. Possui programa de residência médica, bucomaxilofacial e multiprofissional em intensivismo e urgência e emergência. Conta com um quadro de recursos humanos de 1.435 profissionais.

O Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (HMARS) é um hospital terciário de alta complexidade, com prioridade para atendimento de politraumatizados e referência para neurocirurgia, ortopedia e trauma, cirurgia bucomaxilofacial, oftalmologia, cirurgia vascular e neurologia. O hospital foi inaugurado há 38 anos e está localizado na região Sudeste, conforme divisão

regional da SMS e conta com uma população estimada de 2.705.660 pessoas (SÃO PAULO, 2019). O hospital HMARS é referência para o município nas especialidades de neurocirurgia, trauma-ortopedia, trauma e cirurgia, cirurgia bucomaxilofacial, oftalmologia, psiquiatria, gestação de risco e aborto legal. A unidade tem como projetos assistenciais o Programa do Parto Seguro, Banco de Olhos, Captação de Órgãos, Hospital Sentinela e Programas de Prevenção e Atendimento à Violência Doméstica e contra Crianças, Adolescentes e Idosos. Desenvolve residência médica e bucomaxilofacial e conta com um quadro de recursos humanos de 1.145 profissionais.

A AHMSP foi extinta em julho de 2020, pela Lei nº 17.433, de 29/07/2020, a reorganização da SMS foi efetivada pelo Decreto nº 59.685 de 13/08/2020, sendo que a área hospitalar passou a ser administrada pela Secretaria Executiva de Gestão Hospitalar.

A figura (1) apresenta a localização das unidades hospitalares que estão sob gestão direta da AHMSP.

Figura 1. Distribuição geográfica das unidades hospitalares no município de São Paulo sob gestão direta da AHMSP



https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/corep/divisao_de_planejamento_de_pessoal/movimentacao_de_pessoal/index.php?p=214443

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os profissionais das unidades hospitalares HMAFN, HMARS, HMCC e HMFMPR, a coleta foi realizada em dois momentos e grupos distintos, sendo um grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

No grupo focal participaram os profissionais com atuação no GTH das unidades hospitalares, que tem função de planejar e articular as ações de humanização nas suas unidades.

As entrevistas foram realizadas com profissionais de saúde das unidades hospitalares, com atuação direta, na assistência, aos usuários dos serviços.

De acordo com Minayo (2017), a amostra da pesquisa qualitativa deve estar associada ao enfoque do objeto de estudo, que se articula, com a escolha do grupo a ser entrevistado. Portanto para escolha da amostra é preciso que os participantes tenham as características que o pesquisador deseja conhecer, considerando-se nesta escolha o número suficiente de participantes e abrangência do público com quem este se relaciona e das condições da seleção.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada utilizando-se dois métodos: grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

3.4.1 Grupo focal

O funcionamento do grupo focal, enquanto técnica de coleta de dados, se efetiva pelas interações grupais ao se discutir um tema, instigado pelo pesquisador; trata-se de recurso que possibilita compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais (VEIGA; GONDIM, 2001 apud TRAD, 2009). O moderador do grupo deve estar centrado nos processos grupais, com foco na dinâmica da construção das opiniões e análise do grupo.

O grupo focal possibilita ao pesquisador ouvir e observar vários sujeitos ao mesmo tempo, além da interação entre os participantes. Mostrou-se como estratégia para a coleta de dados neste trabalho, pela viabilidade de juntar coordenadores em um grupo de discussão, e possibilitou que participantes pudessem expor e compartilhar seus pontos de vista sobre o tema, de modo coletivo, estabelecendo trocas entre os membros participantes, favorecendo o debate de diferentes realidades.

Segundo Kind (2004), essa interação grupal produz dados e insights únicos, trata-se de uma técnica com fundamentos teórico-metodológicos nas teorias de grupo, na sociologia e psicologia social. A autora menciona, ainda, que o grupo focal deve ser utilizado quando a interação grupal puder estimular

respostas novas e ideias originais, incitar reflexões em participantes de grupos homogêneos e tiver a possibilidade de ser discutido por todos do grupo.

O moderador do grupo tem papel crucial na condução, mantendo a focalização no tema, tomando o cuidado para a formação do grupo, e manter a homogeneidade e garantir a participação de todos.

3.4.1.1 Procedimentos para coleta de dados do grupo focal

A coleta de dados por meio do grupo focal foi realizada com os membros do GTH de quatro unidades hospitalares da AMHSP. Para a condução do grupo, participaram o pesquisador como moderador do grupo e um observador, para auxiliar no desenvolvimento da atividade.

Como critério de inclusão, foi considerada a participação nos GTHs das unidades, independentemente do tempo de atuação no grupo.

Como exclusão, foram considerados a não participação no GTH ou desconhecimento de programas de humanização.

O grupo focal foi utilizado na coleta de dados, com os representantes de GTH, na expectativa de colher dados acerca da percepção desses coordenadores sobre o acolhimento aos imigrantes nas suas unidades de trabalho. No perfil dos membros do GTH, considera-se que são profissionais que têm incorporado nas suas ações e/ou formação aspectos de assistência humanizada, com o poder de planejar, modificar e adequar os fluxos e rotinas dos hospitais a partir desse referencial de acolhimento e Humanização, sendo, portanto, influenciadores no seu local de trabalho.

O grupo focal ocorreu no dia 20 de agosto de 2019, com início às 9 hs, na Sede da AHMSP, centro de São Paulo (SP). Para a formação do grupo, foram enviados convites por e-mail (Apêndice A), onde constava o objetivo do encontro, o grupo de discussão com o tema de “Acolhimento aos imigrantes nos hospitais de São Paulo”, data, local e horário, dirigido aos coordenadores do GTH’s das quatro unidades hospitalares elencadas para a pesquisa, a fim de que indicassem os membros do GTH para participação no grupo focal.

Participaram 7 profissionais de saúde no grupo focal, 1 do HMARS, 2 do HMCC, 2 do HMAcN e 2 do HMFMP, além do moderador. Neste caso, o próprio pesquisador e um observador convidado pelo pesquisador; os participantes foram recepcionados pelo pesquisador, que os conduziu para uma sala de reunião reservada, no 6º andar da sede da AHM. O grupo focal teve duração de 1h28m.

Os participantes do grupo preencheram um formulário de perfil sociodemográfico (Apêndice D), receberam orientação acerca da participação livre, foram realizados os esclarecimentos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), da gravação e do funcionamento do grupo focal. Somente após o aceite dos participantes, o moderador utilizou como instrumento de coleta, um roteiro pré-estabelecido como direcionador das discussões, respeitando a dinâmica de atividade grupal (Apêndice E).

Antes de iniciar as discussões do grupo focal, houve um momento de apresentação geral e, logo após, o moderador expôs o tema para os participantes. Inicialmente, houve um momento de silêncio entre os participantes, demonstrando certa inibição para dar início e um dos participantes tomou a iniciativa. A partir de então, as discussões fluíram com facilidade, sendo que uma pessoa complementava naturalmente o que a outra falava, incentivando o discurso, de maneira que todos puderam participar.

Considerou-se o término do grupo quando as discussões eram repetitivas e não forneciam novos elementos, com indicativos de que o grupo estava satisfeito pelos conteúdos conquistados naquele momento.

3.4.2 Entrevistas

A entrevista semiestruturada consiste em uma conversa entre o pesquisador e o entrevistado, a partir de um roteiro com perguntas abertas e fechadas, onde o participante discorre sobre o tema em questão. Nesta modalidade de intervenção, o entrevistador deve manter postura de atenção para direcionar a discussão, caso seja preciso fazer perguntas adicionais no esclarecimento de questões, ou mesmo caso seja necessário retornar ao tema, quando o entrevistado fugir do mesmo (BONI; QUARESMA, 2005).

A entrevista foi utilizada por ser uma estratégia familiar no campo da investigação em saúde, os profissionais em geral estão habituados a modelos de entrevistas e questionários. Trata-se de uma intervenção acessível para o pesquisador e entrevistados, por conta do cenário de circunstâncias da coleta de dados, ambiente hospitalar e assistencial, necessitando de recursos de menor complexidade.

Para Minayo (2014), a fala da entrevista é seu material original, mas chama a atenção para o entrevistador que, agregado à sua função, tem o papel de observador, trazendo elementos para compor a produção da pesquisa.

A entrevista configura-se por um conjunto de recursos, alguns com maior clareza, pela fala, pelo discurso e outros mais sutis, observáveis nos comportamentos, reações, relações subjacentes no cotidiano do entrevistado e na relação com o entrevistador, que serão considerados na análise dos dados, mas não podem desviar a atenção para os objetivos da pesquisa.

3.4.2.1 Procedimentos para coleta nas entrevistas

A coleta de dados por meio de entrevistas, do tipo semiestruturada, foi realizada com profissionais da área assistencial de quatro unidades hospitalares da AHMSP.

Com a finalidade de atender aos objetivos da pesquisa, optou-se por entrevistas semiestruturadas, pois permitem ao pesquisador seguir um roteiro pré-estabelecido, assegurando-lhe que seus propósitos serão alcançados, ao mesmo tempo em que possibilitam ao participante expor suas ideias espontaneamente.

Os profissionais de saúde, vistos como “da ponta” nos atendimentos, afetam e são afetados diretamente pelos entraves ou pelos desembaraços do relacionamento na assistência, e são figuras de relevância para o levantamento da percepção no trato diário e contínuo com os pacientes. O relacionamento direto e até intenso com os usuários fornece vivência da prática, podendo subsidiar os programas de humanização e revelando aspectos da realidade e da demanda dos serviços.

A coleta de dados das entrevistas semiestruturadas ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2019, nas unidades elencadas nesta pesquisa. Foram executadas, no total, 12 entrevistas, 3 em cada hospital.

Como critério de inclusão para as entrevistas, foi considerado a atuação dos profissionais no atendimento assistencial direto aos usuários em unidade hospitalar.

Como exclusão dos profissionais para participação nas entrevistas, levou-se em conta a ausência de atividades nas funções assistenciais ou que não mantivessem contato e relacionamento direto com os usuários da unidade hospitalar.

O pesquisador estabeleceu contato prévio com os representantes do setor de Educação Permanente (EP) das unidades, para agendamento das entrevistas. Ao chegar nos hospitais, foi recepcionado por este responsável pela EP, a quem o pesquisador expôs a proposta da pesquisa e, após esta explanação, foram indicados os participantes da pesquisa, de acordo com a disponibilidade dos profissionais no dia do agendamento.

A coleta de dados foi realizada individualmente, em local próximo ao de trabalho dos participantes; quando possível, houve um afastamento para preservar a privacidade das entrevistas.

Na condução da entrevista, o pesquisador, inicialmente, fez uma breve apresentação pessoal, resultando em uma aproximação com o entrevistador; esclareceu o tema e os objetivos da pesquisa. Em seguida, foi preenchido o formulário de perfil dos participantes, realizada a orientação do TCLE (Apêndice C), da necessidade e permissão de gravação; estando o participante de acordo, procedeu-se a assinatura do TCLE. Como instrumento de coleta foi utilizado um roteiro de entrevista, pré-estabelecido pelo pesquisador (Apêndice F), no asseguramento do tema proposto.

As entrevistas foram executadas no período de trabalho dos participantes, sendo necessário que o pesquisador permanecesse na unidade por longos períodos, aguardando a disponibilidade dos participantes, uma vez que a coleta de dados se deu nos intervalos entre os atendimentos aos usuários, procurando evitar transtornos na assistência prestada.

O tempo das entrevistas foi bastante variável, sendo que uma delas teve duração de 5 minutos, outra com 45 minutos, e as demais mantiveram a média de 25 minutos; foram consideradas encerradas na medida em que as respostas referentes ao objeto de estudo foram alcançadas.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados do grupo focal e das entrevistas semiestruturadas foi realizada a partir da Análise de Conteúdo. Para Bardin (2016), a descrição analítica é um tratamento da informação que está contida nas mensagens, mas que não se esgota no conteúdo destas, uma das possibilidades de análise é a categorial-temática. Na análise de conteúdo o foco nas mensagens contribui para confirmar indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a manifesta.

Bardin (2016) define a análise de conteúdo como:

“um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.” (BARDIN, 2016, p.48).

Ainda para a mesma autora, a análise de conteúdo se efetiva pelas fases de: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação. Descreve a pré-análise como uma fase de organização, um período de intuição, que tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais para o plano de análise; tem relação com a escolha de documentos a serem analisados, formulação de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores para fundamentar a interpretação final. A fase da exploração do material se efetiva na codificação, desconto ou enumeração, segundo regras estabelecidas previamente. No tratamento de resultados, estes são trabalhados de maneira a serem significativos e válidos.

Para Franco (2018), a análise de conteúdo, em razão das descobertas, deve ter relevância teórica, um dado por si só não tem valor, mas deve estar ligado a outro, sendo que o vínculo entre eles, necessariamente, deve ser representado por uma teoria. Este fato implica em comparações contextuais, que podem ser multivariadas; porém, o tipo de comparação está ligado ao conhecimento do pesquisador sobre as abordagens teóricas.

Franco (2018) correlaciona a análise de conteúdo como um delineamento da teoria da comunicação e tem a mensagem como ponto de partida. O que está escrito (nos diferentes modos de mensagem) será sempre o começo da análise, que segue regras para sua compreensão; a contextualização é requisito principal para garantir a relevância dos sentidos que se atribuem às mensagens.

Como material de análise, foram utilizadas as falas dos participantes do grupo focal e das entrevistas semiestruturadas, norteadas pelos respectivos roteiros, que foram inicialmente transcritas na íntegra. Posteriormente à análise das falas do grupo focal e das entrevistas, emergiram as unidades de contexto, e, dessas, as unidades de registro, originando, então, as categorias.

3.6 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIO

A pesquisa apresentou adequações dentro dos critérios científicos que a justificam, sendo que os riscos aos envolvidos foram mínimos, mas presentes na coleta de dados pela possibilidade de causar ansiedade e constrangimento dos participantes quando prestam informações sobre condutas, sentimentos e processos de trabalho, como também por envolver manipulação de dados confidenciais e sigilosos. No intuito de dirimir esses riscos, foi assegurado aos participantes o sigilo das informações e a possibilidade de encerrar a coleta caso houvesse constrangimento ou ansiedade maior.

Por outro lado, entende-se que a pesquisa é um momento reflexivo e de valorização da atuação profissional na elaboração dos processos de trabalho.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para execução desta pesquisa, foi solicitada autorização, na qual consta a apresentação e objetivos dos hospitais envolvidos, com as devidas cartas de anuência: HMCC (Anexo 5), HMFMPR (Anexo 6), HMARS (Anexo 7) e HMA CN (Anexo 8), seguindo o fluxo de pesquisa estabelecido pela AHMSP para liberação de pesquisas.

A pesquisa teve início após o Parecer Consubstanciado nº 3.375.634 (Anexo 1) do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, com a devida aprovação para o desenvolvimento do estudo, em 06 de junho de 2019.

A pesquisa foi submetida ao CEP da SMS, coparticipante, para atender ao fluxo estabelecido por esse Comitê, quando se tratar de pesquisa no âmbito da Secretaria de Saúde, tendo sido aprovada sob o Parecer nº 3.455.946 (Anexo 2). Em razão do hospital HMCC possuir CEP, este próprio recebeu o projeto de pesquisa para aprovação, que foi concedida pelo Parecer nº 3.407.690 (Anexo 3). Da mesma forma, o HMFMP com CEP próprio recebeu o projeto de pesquisa, tendo sido liberado pelo Parecer nº 3.506.870 (Anexo 4).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde das unidades hospitalares HMACN, HMARS, HMCC e HMFMPR, a coleta foi realizada em dois momentos e grupos distintos, sendo um grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

De acordo com Minayo (2014), a amostra da pesquisa qualitativa deve estar associada ao enfoque do objeto de estudo, que se articula com a escolha do grupo a ser entrevistado. Portanto, para a escolha da amostra é preciso que os participantes tenham as características que o pesquisador deseja conhecer, considerando-se nesta escolha o número suficiente de participantes e abrangência do público com quem estes se relacionam e as condições da seleção.

Como forma de assegurar a validação dos dados coletados, os participantes do grupo focal constituíram-se de pessoas que compõem com funções de planejamento e coordenação de ações de humanização, objeto de estudo; portanto, com proximidade com as demandas da humanização e com função de traçar estratégias para o enfrentamento das dificuldades neste quesito. Na mesma abordagem em relação à experiência, os participantes das entrevistas eram profissionais com vivência na assistência direta aos usuários do serviço, sendo agentes que executam as ações de humanização no cotidiano.

4.1.1 Participantes da pesquisa: grupo focal

Participaram do grupo focal profissionais de saúde que atuavam como membros dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) das referidas unidades. As unidades hospitalares atualizaram os membros GTH local, no segundo semestre de 2018, por solicitação da AHMSP. Os representantes dos grupos são formados por profissionais de saúde de diferentes níveis e categorias, têm representatividade junto à gestão no planejamento de fluxos e processos de

trabalho, visando a efetivação dos princípios da humanização como política de atenção hospitalar. Na AHMSP, geralmente, o coordenador do GTH é uma pessoa indicada pelo gestor da unidade, que convida os demais membros, por considerar que a atuação e visão do trabalho no âmbito do hospital destes indicados corroboram com a PNH.

O GTH é um espaço coletivo e democrático, que se organiza por regimento interno, procura desenvolver uma política institucional; compete a este dispositivo intervir na dinâmica dos serviços, com vistas a benefícios aos usuários e profissionais, a partir da PNH (GOULART; CHIARI, 2010). Portanto, são pessoas com perfil de liderança, com conhecimento do trabalho e das necessidades de saúde na unidade em que atuam, podendo interferir de maneira construtiva nas decisões e implementação de programas assistenciais.

Participaram do grupo focal 7 representantes dos GTH's das quatro unidades hospitalares elencadas como cenário para coleta de dados. Destes, 6 eram do sexo feminino e 1 masculino. Em relação à faixa etária, observou-se que a maioria dos participantes se encontrava com idade superior a 36 anos (86%). Na carreira profissional, 2 eram de nível médio, administrativos, na AHMSP são denominados com o cargo de Assistente de Gestão de Políticas Públicas (AGPP), e 5 de área assistencial, sendo 2 da Psicologia, 2 do Serviço Social e 1 da Terapia Ocupacional; portanto, com predominância de carreiras técnico-assistenciais (71%) de formação universitária.

No campo de atuação na unidade hospitalar, apenas 1 atuava em setor administrativo, os demais em unidades de atendimento aos usuários, ambulatório, recepção e clínicas de internação; a maioria dos profissionais (86%) com atividades laborais de rotina em áreas assistenciais (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra participantes da pesquisa no grupo focal

PARTICIPANTES GRUPO FOCAL	Nº PARTICIPANTES: 7
Sexo	
Feminino	6 (86%)
Masculino	1 (14%)
Faixa de Idade	
26 a 30 anos	1 (14,3%)
36 a 40 anos	3 (43%)
41 a 45 anos	1 (14,3%)
51 a 55 anos	1 (14,3%)
55 a 60 anos	1 (14,3%)
Categoria Profissional	
AGPP (Função administrativa)	2 (28,5%)
Assistente Social	2 (28,5%)
Psicólogo	2 (28,5%)
Terapeuta Ocupacional	1 (14%)
Clínica de atuação na unidade hospitalar	
Ambulatório	2 (28,5%)
Clinica de Internação - Cirúrgica	1 (14,3%)
Clinica de Internação - Queimados	1 (14,3%)
Clinica de Internação - Vascular	1 (14,3%)
Recepção de usuários (<i>check-in</i>)	1 (14,3%)
RH/Desenvolvimento de Pessoas	1 (14,3%)

Fonte: Dados da Pesquisa

Em relação ao ingresso na AHMSP, 6 (86%) participantes estão lotados desde o início na mesma unidade hospitalar. Na contagem de tempo dos participantes nas unidades hospitalares da AHMSP, verificou-se que 2 (28,5%) participantes tinham cerca de 4 anos de atuação hospitalar e 5 (71,4%) entre 10 a 17 anos na mesma unidade, o que sugere vivência significativa no reconhecimento dos processos de trabalho.

Os participantes do grupo focal mencionaram que sua experiência na área de saúde em instituições públicas é anterior ao ingresso na AHMSP; 2 (28,5%) dos participantes mencionaram 4 anos de experiência na área da Saúde, 2 (28,5%) com 14 anos, 2 (28,5%) com 17 anos, e 1 (14,3%) com 19 anos de trabalho na área da Saúde. Logo, 5 (71,4%) deles possuem mais de 14 anos de vivência no âmbito da Saúde Pública no município de São Paulo.

Em relação ao conhecimento de línguas estrangeiras, em termos de leitura, escrita, compreensão (conversação), as respostas obtidas demonstraram que, do

total de participantes, 3 (42,8%) declararam não ter nenhum conhecimento de línguas estrangeiras; dos demais, 4 (57%) têm algum conhecimento, mas não se avaliam com desempenho ótimo; 4 dos participantes referiram conhecimento em Espanhol, dentre estes, 1 classificou como regular e os demais como bom; 3 referiram conhecimento também em inglês com classificação bom.

No sentido de preservar a identificação dos participantes na análise dos dados e menção dos participantes, adotou-se a sequência de letras e números, de modo aleatório; assim, para o grupo focal GP1, grupo focal – participante 1 e subsequentes.

4.1.2 Participantes da pesquisa: entrevistas

Nas entrevistas semiestruturadas, participaram profissionais de saúde das unidades hospitalares ligados diretamente à área assistencial.

No ambiente hospitalar, é comum observar rotinas incessantes, equipes que se revezam em plantões para prestar assistência às pessoas em situação de adoecimento e de emergência, com risco de saúde, o que resulta em tensão constante e exige das equipes respostas imediatas e precisas. Os profissionais de saúde estão sujeitos a sofrer uma carga emocional pela necessidade do cuidado de outros; às vezes, enfrentam a falta de equipes, de recursos, equipamentos ou encaminhamentos. A percepção desses funcionários fornece subsídios da prática diária na formulação de estratégias de atendimento, bem como pode revelar as lacunas vivenciadas no trabalho do cotidiano.

As entrevistas frequentemente são manifestações individuais de um coletivo, embora não seja a representação expressa do grupo, são reflexões desse convívio; a narrativa individual faz parte de um contexto sócio-histórico das pessoas, daí a relevância de colher essas narrativas (MINAYO, 2014).

Foram realizadas 12 entrevistas em 4 unidades hospitalares, HMAcN, HMARS, HMCC, HMFMPR, sendo 3 participantes em cada unidade hospitalar. Os entrevistados foram indicados pelos representantes das unidades hospitalares, do setor de RH/Desenvolvimento de Pessoas, onde está inserida a educação permanente, que receberam o pesquisador na coleta de dados.

Do perfil dos participantes das entrevistas, 3 são do sexo masculino e 9 do feminino, com faixas etárias diversas, sendo que 4 participantes tinham entre 26 a 45 anos e 8 dos participantes com idade acima de 46 anos, correspondendo a 67% dos entrevistados nesta faixa de idade. Das categorias profissionais dos entrevistados, 4 faziam parte da equipe de Enfermagem, sendo 1 enfermeira, 2 auxiliares e 1 técnica; 3 assistentes sociais, 2 médicos, 2 psicólogos e 1 nutricionista.

Em relação à clínica de atuação, metade do grupo estava alocado no Pronto Socorro, 3 em unidades de internação e, destes, 1 respondendo por interconsultas, de maneira que fica disponível para qualquer unidade que realize a solicitação; 2 participantes de UTI, sendo 1 de unidade Neonatal e outro de Adulto, e 1 da Nutrição (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra participantes da pesquisa nas entrevistas

PARTICIPANTES NAS ENTREVISTAS	Nº PARTICIPANTES: 12
Sexo	
Feminino	9 (75%)
Masculino	3 (25%)
Faixa de Idade	
26 a 30 anos	1 (8,3%)
31 a 35 anos	1 (8,3%)
36 a 40 anos	1 (8,3%)
41 a 45 anos	1 (8,3%)
46 a 50 anos	3 (25%)
51 a 55 anos	2 (16,6%)
56 a 60 anos	3 (25%)
Categoria Profissional	
Auxiliar de Enfermagem	2 (16,6%)
Técnica de Enfermagem	1 (8,3%)
Enfermeira	1 (8,3%)
Assistente Social	3 (25%)
Médico	2 (16,6%)
Nutricionista	1 (8,3%)
Psicólogo	2 (16,6%)
Campo de atuação na unidade hospitalar/AHMSP	
Clinica Médica - Internação	1 (8,3%)
Clinica Pediátrica - Internação	1 (8,3%)
Clínica de Internação por interconsultas - Internação	1 (8,3%)
Pronto Socorro	6 (50%)
Serviço de Nutrição	1 (8,3%)
UTI Neonatal	1 (8,3%)
UTI Adulto	1 (8,3%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao tempo de ingresso e função atual, todos os entrevistados ocupavam a mesma função desde que assumiram o cargo na AHMSP, 3 (25%) ingressaram no serviço há 1 ano, outros 3 participantes (25%) com 4 anos de atuação no hospital, 1 (8,3%) entrevistado com 6 seis anos, 1 (8,3%) com 10 anos, 2 (16,6%) com 12 anos, 1 (8,3%) com 15 e 1 (8,3%) com 17 anos de atuação em hospital da AHMSP. É possível observar que 42% dos entrevistados têm seu exercício profissional na unidade hospitalar há mais de dez anos, indicando ampla vivência na unidade e proximidade com a assistência hospitalar.

Os participantes das entrevistas, semelhantes aos do grupo focal, acumularam experiência na saúde, antes do ingresso na AHMSP, tempo esse que supera, de maneira significativa, o exercício nas unidades hospitalares, sendo 1 (8,3%) com 4 anos, 6 (50%) participantes com tempo entre 10 e 19 anos de atuação no segmento da saúde e outros 5 (41,6%) com experiência acima de 20 anos em serviços prestados nos equipamentos da saúde.

Em relação ao conhecimento de línguas estrangeiras, em termos de leitura, escrita, compreensão (conversação), as respostas obtidas demonstraram que, do total de participantes, 6 (50%) declararam não ter nenhum conhecimento de línguas estrangeiras. Outros 5 (41,6%) participantes declararam ter conhecimento no Inglês, dos quais 3 afirmaram possuir bom nível de conhecimento e 2 com nível regular; para o Espanhol, 3 (25%) participantes afirmaram bom nível de conhecimento no idioma.

No sentido de preservar a identificação dos participantes na análise dos dados e menção dos participantes, adotou-se a sequência de letras e números, de modo aleatório para os participantes das entrevistas – EP1: Entrevistas, participante 1 e subsequentes.

4.2 PRESENÇA DE IMIGRANTES NOS HOSPITAIS

Na coleta de dados, no grupo focal e nas entrevistas, os participantes foram indagados sobre a presença de imigrantes nos serviços, em relação à sua nacionalidade. A maioria dos participantes da pesquisa, ao responderem à

questão, identificaram os países de origem, alguns deles, porém, fizeram menção ao continente.

No grupo focal, foram citados como população mais passível de ser vista nos hospitais os bolivianos, mencionados por metade dos participantes; os haitianos foram mencionados como grupo que mais cresce na busca de atendimentos, por pelo menos um dos participantes, os senegaleses, nigerianos, venezuelanos e africanos.

Nas entrevistas, em resposta ao mesmo questionamento, os bolivianos foram citados por todos os entrevistados como população mais frequente nos hospitais; destacaram os haitianos, angolanos, africanos e o aumento de venezuelanos. Em menor número, mas também citados, os chilenos, colombianos, peruanos, nigerianos, sul-americanos e asiáticos. Um dos participantes mencionou que a unidade recebe uma comunidade de Bangladesh, que se fixou nas proximidades do bairro onde se situa o hospital.

A Agência FAPESP constatou, em levantamento realizado pelo Observatório das Migrações em São Paulo, no período entre os anos 2000 e 2015, que o município recebeu grande volume de migrantes da Bolívia, seguida pela China e Estados Unidos. Observou-se, também, uma diminuição da presença de europeus e norte-americanos, com o aumento de cubanos, venezuelanos e angolanos, e também de refugiados da Síria, Congo, Colômbia, Mali, Angola (ALISSON, 2018).

4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo, modalidade temática, foi desenvolvida no grupo focal e nas entrevistas a partir de 03 (três) núcleos temáticos: Humanização na assistência, Cuidado na atenção hospitalar e Abordagem de processos educativos. Após a transcrição literal das entrevistas, foi possível maior aproximação do material e identificar as unidades de contexto e de registro, das quais emergiram as categorias e subcategorias.

Os resultados obtidos na pesquisa foram apresentados, inicialmente, em dois quadros, um referente ao grupo focal, realizado com os profissionais que

fazem parte dos GTH's dos hospitais; outro referente aos dados das entrevistas semiestruturadas, realizadas com os profissionais de saúde que exercem atividades diretamente com os usuários dos hospitais.

Para uma facilidade maior de identificação no texto, as categorias estão escritas em negrito e as subcategorias em itálico.

4.3.1 Análise de conteúdo grupo focal

No grupo focal, a partir dos 3 (três) núcleos temáticos, são eles: Assistência com foco na humanização, cuidado na atenção hospitalar e Abordagem de processos educativos, com 86 (oitenta e seis) unidades de contexto e 118 (cento e dezoito) unidades de registro, das quais emergiram 05 (cinco) categorias e 15 (quinze) subcategorias, conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1. Núcleos temáticos grupo focal, categorias e subcategorias.

GRUPO FOCAL	
NÚCLEO TEMÁTICO 1: ASSISTÊNCIA COM FOCO NA HUMANIZAÇÃO	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Percepção dos profissionais de saúde na acolhida aos imigrantes no hospital	1.1 Aspectos de acolhimento aos imigrantes
	1.2 Percepção dos sentimentos dos imigrantes
	1.3 Contexto sociocultural dos imigrantes
	1.4 Sentimentos dos profissionais de saúde
	1.5 Pré-julgamentos dos profissionais de saúde
2. Comunicação	2.1 Idioma como barreira nos atendimentos
	2.2 Ausência de placas de orientação na área hospitalar
GRUPO FOCAL	
NÚCLEO TEMÁTICO 2: CUIDADO NA ATENÇÃO HOSPITALAR	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Processo de trabalho	1. Ausência de protocolo no atendimento aos imigrantes
	1.2 Falta de integração de equipe multiprofissional
	1.3 Divergências entre profissionais da equipe
	1.4 Falta de apoio de gestores
2. Políticas públicas	2.1 Políticas públicas para os imigrantes
	2.2 Ações pontuais em relação aos imigrantes
	2.3 Redes de atenção
	2.4 Sistema de referências para encaminhamentos
GRUPO FOCAL	
NÚCLEO TEMÁTICO 3: ABORDAGEM DE PROCESSOS EDUCATIVOS	
CATEGORIA	
1. Práticas educativas	

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.1.1 Núcleo temático 1 – grupo focal: assistência com foco na humanização

Neste núcleo, buscou-se conhecer a percepção dos representantes dos GTH's dos hospitais sobre o trabalho realizado na assistência hospitalar com foco na humanização, do qual emergiu o Núcleo temático 1, Humanização na assistência, e neste núcleo, emergiram as categorias: **Percepção dos profissionais de saúde na acolhida aos imigrantes no hospital e comunicação**. Como subcategorias dentro da **Percepção dos profissionais de saúde na acolhida aos imigrantes no hospital** surgiram: *Aspectos de acolhimento aos imigrantes, Percepção dos sentimentos dos imigrantes, Contexto social dos imigrantes, Sentimentos dos profissionais de saúde e pré-julgamentos dos profissionais de saúde*, destacados no quadro 2.

Quadro 2. Destaque Núcleo Temático 1: Assistência com Foco na Humanização - Grupo Focal

GRUPO FOCAL	
NÚCLEO TEMÁTICO 1: ASSISTÊNCIA COM FOCO NA HUMANIZAÇÃO	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Percepção dos profissionais de saúde na acolhida aos imigrantes no hospital	1.1 Aspectos de acolhimento aos imigrantes
	1.2 Percepção dos sentimentos dos imigrantes
	1.3 Contexto sociocultural dos imigrantes
	1.4 Sentimentos dos profissionais de saúde
	1.5 Pré-julgamentos dos profissionais de saúde
2. Comunicação	2.1 Idioma como barreira nos atendimentos
	2.2 Ausência de placas de orientação na área hospitalar

Fonte: Dados da pesquisa.

A categoria **Percepção dos profissionais de Saúde na acolhida aos imigrantes no hospital** refere-se aos aspectos que estão implicados na assistência hospitalar, a respeito do acolhimento no hospital, e que exercem influência na forma de abordar os imigrantes nos atendimentos.

Na subcategoria *Aspectos de acolhimento aos imigrantes*, os participantes relataram suas percepções dos atendimentos realizados e a sensibilização dos

profissionais para o acolhimento de modo geral; mencionaram, também, que a maneira de acolher a população imigrante deve fundamentar-se no olhar empático, promovendo a inserção desse paciente nas rotinas do hospital. Em relação ao comportamento de acolhimento, reconheceram que mitos profissionais precisam ser sensibilizados para o tema.

Com relação a essa subcategoria, *Aspectos de acolhimento aos imigrantes*, os participantes do grupo focal afirmaram:

[...] mas eu fico pensando “O que será desses pacientes se a gente não tem um olhar com empatia com eles”? (GP3)

[...] E a gente tenta acolhê-los, entender a questão social deles. (GP7)

[...] Eu procuro não atender no primeiro dia que a pessoa chega, porque eu acho que é assustador... você já faz aquilo há muitos anos e você não percebe essa pessoa nova, que tá chegando agora. (GP4)

O acolhimento é uma estratégia da PNH; portanto, os conceitos de humanização necessitam estar arraigados nas posturas dos profissionais, em todos os pontos do atendimento, o que diz respeito às mudanças nas estruturas, nos modos de trabalhar e nas pessoas, com valores onde prevalecem o valor de defesa da vida e a possibilidade de transformar o trabalho em algo criativo e prazeroso. O acolhimento, como escuta qualificada, é um instrumento facilitador na construção de vínculos entre equipes e usuários (BRASIL, 2010).

Reforçando a ideia de fortalecimento de vínculos, o documento da PNH descreve como elemento norteador do acolhimento “reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar ou estar atento para acolher” (BRASIL, 2010). O texto descreve o protagonismo dos sujeitos e suas produções, a valorização do coletivo, considerando-se sempre o cotidiano como lugar de reprodução, experimentação e invenção de modos de vida.

As proposições acerca dos aspectos de humanização na assistência vão de encontro com as contribuições de Garcia *et al.* (2010), quanto à valorização do ser humano, na promoção de relações baseadas no respeito, na garantia de direitos, na solidariedade, na ética e capacidade empática.

A empatia surgiu como base para acolhimento, compreender a realidade do outro, seus anseios, estabelecer uma relação dual, com escuta e busca de alternativas para as demandas dos imigrantes.

A subcategoria *Percepção dos sentimentos dos imigrantes* emergiu com relatos dos profissionais de saúde de insegurança e desconfiança dos imigrantes, que permeiam os atendimentos, com receio de responder às perguntas, verificados em falas como:

[...] Eu acho que há uma resistência muito grande, um medo do que a gente quer saber, onde que a gente vai... Quais as perguntas vai fazer. Então se você pergunta de documentos, fica um clima... Não sei até que ponto, realmente não compreendem a gente ou se é uma insegurança (GP3).

[...] mais difícil é acolher e recepcionar, entre aspas, esse hóspede de fora, e que além da resistência... ele se sente inseguro (GP5)

[...] Eu acho que eu já senti...desse medo, assim, que eles têm de confiarem (GP7).

Sentimentos de desconfiança dos imigrantes foram abordados por Dantas (2012, p. 183), com base na teoria das projeções. A projeção, atributo do inconsciente, é um mecanismo no qual se coloca no outro um atributo, deslocando para o sujeito uma característica que lhe é externa, predominando relações imaginárias. A autora reforça que, ao se trabalhar com culturas diferentes, podem ocorrer projeções de ambos os lados. Isso se dá na busca do humano no outro; entretanto, acaba por resultar num espelhamento desse humano, o que não auxilia na construção de novos modelos (DANTAS, 2012).

A subcategoria *Sentimentos dos imigrantes* foi de difícil classificação, num primeiro momento, pode ser interpretado como recusa, medo da clandestinidade, do desconhecimento, que certamente se aplica a algumas situações; porém, não se pode perder de vista questões de saúde mental decorrentes da migração, que podem representar, nesta postura de esquiva, uma defesa psíquica.

Para Ventura e Yujra (2019), há um sofrimento do imigrante similar ao dos refugiados, pela perda de identidade, que o desloca da centralidade de sua personalidade. Montagna (2019, p. 256) refere que o processo migratório favorece condições de desorganização mental, com potencial traumático, as

mudanças provocam mecanismos de integração ou dissociação no corpo e/ou na alma. O autor refere que nem sempre a alma migrante acompanha o corpo, sendo necessário um tempo (que não é cronológico), para que a pessoa consiga se reconhecer e se apropriar do seu novo eu, pois os deslocamentos transcendem o local; há um plano de alterações psíquicas, sociais, culturais, familiares, financeiras e emocionais, fora do espaço territorial.

Outro ponto que pode inibir o relacionamento com os profissionais, com sentimentos de desconfiança, diz respeito à clandestinidade, a indocumentação, condições desfavoráveis de trabalho e de vida, que são ocultadas, porque refletem diretamente na permanência da pessoa e da sua família no país (VILLEN, 2015).

A discussão da subcategoria *Sentimentos dos imigrantes* nos aproxima da subcategoria *Contexto sociocultural*, pois não é possível dissociá-lo das questões emocionais e reações comportamentais.

A subcategoria do *Contexto sociocultural* emergiu com duas conotações, uma sobre as condições de trabalho dos imigrantes e outra com a preocupação dos participantes no conhecimento da diversidade cultural, com o objetivo de aproximação e compreensão das condições dos imigrantes para atender suas demandas.

Em relação às condições de trabalho do imigrante, as falas que representam essa subcategoria retratam a vulnerabilidade destes:

[...] E a gente percebeu a extrema vulnerabilidade dessas mulheres... Condições de trabalho, uma tinha sido estuprada pelo patrão. Que onde ela ilegalmente, sem proteção, sem estabilidade nenhuma trabalhava com costura. (GP4)

[...] o imigrante, ele abusa do próprio imigrante quando traz pra cá parentes, primos... para trabalhar nas oficinas. Trancafia ele dentro de uma casa, com seis, sete, oito pessoas. (GP5)

O relato dos participantes vai de encontro à realidade de muitas famílias que trabalham nas oficinas de costura em São Paulo, com poucas denúncias por parte dos imigrantes, possivelmente devido à necessidade de manutenção do trabalho.

Silva e Lima (2017) afirmam que a primeira fragilidade enfrentada pelos imigrantes é o idioma e a segunda é o emprego; apesar das questões econômicas do Brasil não serem favoráveis (agravada para os imigrantes), no país de origem a situação pode ser pior. Os imigrantes tornam-se ilegais, pela falta de documentação ou mesmo de informação, acabam sendo explorados por empresas clandestinas, passam a viver em condições precárias de moradia, remuneração e jornadas de trabalho e, sem recurso de enfrentamento, acabam na dependência do empregador e permanecem na ilegalidade.

Nesse círculo de eventos do trabalho clandestino, há um componente predisponente ao sofrimento psíquico, que provoca isolamento, a desvalorização de si mesmo e a abnegação dos desejos. Como resultado, os imigrantes (sem documentos) aceitam o que é oferecido como sendo o suficiente. A dificuldade de procurar serviços públicos de qualquer natureza reside na ideia de que o direito a esse acesso está atrelado à apresentação de documentos.

Na subcategoria *Contexto sociocultural*, o outro aspecto que se revelou no grupo focal foi a necessidade de aproximação dos profissionais, no que diz respeito aos hábitos culturais dos imigrantes, como elemento a ser considerado na elaboração de condutas de acolhimento.

[...] Então eu acho que se a gente pensasse em alguma coisa em termos de hábitos, da questão cultural, dos valores, talvez fosse um caminho mais acertado pra gente. (GP6)

[...] E como é importante conhecer um pouco da cultura dos outros, pra que a gente possa respeitar, porque a gente não tem essa noção da importância das orações, dos horários pra muçulmano, quer dizer não pensa que isso é importante para eles. (GP2)

O desconhecimento da cultura impacta diretamente o atendimento no hospital, pois impossibilita que os profissionais de saúde avaliem as necessidades dos imigrantes, refletindo na abordagem e no planejamento dos procedimentos em saúde, pois os conceitos de saúde e ritos para cura e cuidados podem divergir de uma cultura para outra.

Ao recorrerem a um serviço de saúde, os pacientes tendem a buscar práticas que reconhecem como sendo suas, o que reduz a procura dos sistemas

de saúde no país de acolhida, favorecendo o aparecimento de medicina paralela. Os determinantes culturais, como os costumes, crenças e representações acerca de saúde, doença e tratamento, também são aspectos a serem considerados na atenção à saúde da população imigrante, pois influenciam diretamente seu comportamento na busca de tratamentos e cuidados em saúde (DIAS; GON, 2007).

Ventura e Yujra (2019) reforçam esse impacto cultural na assistência hospitalar, ao exemplificar que, nas comunidades árabes, as mulheres não podem ser atendidas por homens; entre homens, o uso de camisinha é indicado apenas para relações sexuais eventuais, sendo inconcebível o uso com parceiras fixas. As mulheres de uma determinada região da Bolívia têm seus filhos por partos normais, abominam cesáreas, com crenças próprias sobre maternidade e paternidade, mitos no pós-parto, como o destino da placenta e em relação ao autocuidado e cuidado com o bebê (VENTURA e YUJRA, 2019).

O desafio dos profissionais de saúde é refletir sobre as intervenções, aproximando, quando possível, dos costumes e sabedoria da população imigrante (VENTURA; YUJRA, 2019).

O conhecimento e compreensão dessa diversidade cultural permitem aos agentes envolvidos no planejamento das ações de saúde buscar alternativas que favoreçam o acolhimento aos imigrantes para a entrada no sistema de saúde e desenvolvam estratégias mais assertivas na condução do tratamento, na hospitalização (quando necessária) e nos encaminhamentos após a alta hospitalar.

As subcategorias *Sentimentos dos profissionais de saúde e Pré-julgamentos dos profissionais de saúde* emergiram como elementos que necessitam ser trabalhados junto às equipes, para a eficácia do acolhimento.

Os sentimentos dos profissionais de saúde sobre os imigrantes emergiram como angústia ou impotência em relação à sua atuação profissional, com indícios de identificação e sofrimento para o profissional:

[...] Eu me sinto, assim, horrível, com a impossibilidade de ajudar... Então foi muito difícil auxiliar essa mulher... Ela já tava passando por um momento super doloroso. (GP7)

[...] E eu sei que isso vai deixando uma sensação, pelo menos pra mim, um pouco dessa angústia, assim, de não saber o que vai acontecer com a pessoa, ela saiu de alta e a gente não sabe o que aconteceu. (GP2)

Waldow (1998) considera que as pessoas envolvidas no processo de cuidado aprendem umas com as outras, o que resulta na autorrealização de ambos. O relacionamento do cuidado implica em “estar com”, no qual alguns atributos estão presentes: interesse, respeito, paciência, solidariedade, conhecimento, competência, comprometimento e responsabilidade.

Segundo Fronza e Teixeira (2010), a dor é uma experiência multidimensional, com repercussões biopsicossociais, faz parte do dia a dia dos profissionais de saúde, mas pode ter reflexos na vida destes. As autoras descrevem esses profissionais como pessoas que, apesar da formação para o cuidado, do acúmulo de experiência, estão continuamente expostas à dor, doença e morte e, por isso, precisam receber atenção para a própria saúde.

Pessine (2009) chama a atenção para o trabalho na saúde, no qual os profissionais de saúde são continuamente provocados pelo sentimento de “ser humano”, resultante do contato com a dor e o sofrimento dos pacientes. Vão além dessa constatação, alertando para um olhar introspectivo sobre a qualidade de vida, percepção de si e das próprias expectativas.

Em relação ao preconceito aos imigrantes, Dias e Gon (2007) referem que a discriminação social sofrida pelos imigrantes no seu meio de convívio tem reflexos nos atendimentos de saúde, uma vez que estes acabam por não buscar informações sobre a utilização e o funcionamento dos serviços.

Nos hospitais, as narrativas sobre preconceito surgiram como impressão pessoal e não como cultura institucional:

[...] Algumas pessoas da equipe têm preconceito e não concordam com o atendimento pelo SUS... “Nossa, já tem tão pouco pra nossa população, ainda vai receber imigrante”. Tudo isso pra imigrante? Pra quê? (GP7)

[...] Tá aqui. Tá tirando nosso lugar. É mais gente na fila. É um leito ocupado com ele. (GP4)

Barreto *et al.* (2019) reconhecem o preconceito racial e étnico entre profissionais de saúde em relação aos imigrantes, como elemento que interfere nos atendimentos dos serviços de emergência, sendo necessário produzir estratégias para superar o preconceito, pois, além de serem enquadradas em questões contrárias às da bioética, contrapõem com as diretrizes do SUS, da universalidade, integralidade e equidade.

Para Steffens e Martins (2016), os equipamentos de saúde, de modo geral, carecem de uma cultura de acolhimento aos imigrantes, que se traduz no despreparo e na xenofobia dos agentes de saúde, o que, inclusive, pode levar a erros de diagnósticos. O autor cita que os principais problemas de discriminação ocorrem com maior frequência na atenção secundária, pois os modelos de atendimentos, com tempo de escuta e atenção reduzido aos pacientes, implicam na fragilidade do vínculo entre os profissionais e usuários, enquanto que, na atenção primária, a característica do serviço permite maior aproximação entre eles.

Segundo Williams e Priest (2015), esse preconceito é velado e está associado à falta de qualidade na comunicação entre profissional e paciente; chamam a atenção para a criação de estratégias na conscientização dos profissionais da saúde sobre a discriminação, que muitas vezes é sutil e inconsciente, objetivando minimizar tais ocorrências. Os mesmos autores associam a discriminação com a falta de empatia e alertam para a necessidade de mais pesquisas no campo da xenofobia, pois os estudos ainda são reduzidos.

Na categoria **Comunicação**, emergiram duas subcategorias, *Idioma como barreira nos atendimentos* e *Ausência de placas de orientação na área hospitalar*, percebidas pelos profissionais do GTHs, que retratam como a primeira dificuldade do imigrante na busca de atendimentos:

[...] A mulher falava em dialeto. Aí chamaram uma pessoa que falava francês, a gente tentava em inglês. Eu tentei o espanhol. E, assim, ela não entendia praticamente nada. (GP7)

[...] Você fala devagarzinho que ele entende... Aí você começa a conversar, você vê a pessoa sorrindo e acenando com a cabeça. Eu falei assim: Não, ela não está entendendo nada (GP4).

[...] Ele não sabe se ele vai naquele balcão onde é o registro, se ele vai ali e é uma enfermeira. Ele vê alguém de branco e acha que são médicos... o ambiente hospitalar, ele se torna complicado, não tem indicação, sinalização de nada. (GP5)

O idioma é a primeira barreira a ser superada pelos imigrantes e profissionais de saúde nos atendimentos; de um lado, o usuário ainda não domina o idioma local e, do outro, os profissionais de saúde desconhecem outros idiomas; em situações de emergência, a situação se agrava, pela necessidade de agilidade da assistência (VENTURA; YUJRA, 2019).

A dificuldade com o idioma torna-se ainda mais difícil quando os profissionais de saúde utilizam termos técnicos, precisam orientar para os tratamentos, ou mesmo quando necessitam da colaboração dos pacientes para a execução dos procedimentos. Nesta situação, alguns imigrantes demonstram angústia por não se fazerem entender, tamanha é a dificuldade e tensão gerada pela impossibilidade de comunicação (GUERRA; VENTURA, 2017).

Para o imigrante, o idioma, como outros determinantes culturais, carrega consigo a identidade étnica, social e pessoal do grupo que representa. O estranhamento da linguagem concretiza o lugar da ausência territorial nativa, isola o imigrante, causa-lhe sofrimento. Para os profissionais de saúde, a incompreensão do idioma pode provocar um afastamento, dificultar o atendimento e causar desconforto emocional, pela limitação da comunicação.

Arruda (2002) propõe três fatores a serem considerados na produção das representações sociais: a cultura, a comunicação e linguagem, e a inserção socioeconômica, educacional e ideológica. Por intermédio da linguagem, os grupos e pessoas transformam o não familiar em algo conhecido, possibilitando o compartilhamento de experiências, de trocas sociais, compreender o mundo e suas relações e promover a transformação social.

Nesse Núcleo temático 1, Assistência com foco na humanização, foram verificados os aspectos que envolvem a postura de acolhida por parte dos profissionais, sejam elas comportamentais, cognitivas, emocionais ou psicológicas, como proposições afetam o comportamento e as estratégias para a efetivação de condutas de humanização nos hospitais.

A empatia e a falta de empatia apareceram como marcadores em diversos momentos das narrativas, como elementos a serem analisados para esse planejamento de acolhimento; as relações tornam-se mais próximas quando a pessoa pode se ver no outro, como dimensão do humano, enquanto que a falta de empatia provoca respostas relacionais mais automatizadas.

Segundo Pessini (2009), a indiferença ao outro é um fator desumanizante, que provoca dor e sofrimento. Há uma dificuldade das pessoas em compreender o outro, pelo temor, medo, porque esse outro nos revela fragilidade e vulnerabilidade como seres humanos. É um desafio exercer o cuidado para além de um corpo, mas é igualmente ético fazê-lo, humanizar-se no processo de cuidar, no desenvolvimento de competências técnicas, de relacionamentos e conhecimento.

A escuta é um elemento fundamental no exercício da compreensão empática; na saúde, integra os procedimentos, como tecnologias leves, sendo comum a todos os profissionais promover a escuta e a comunicação efetiva.

Para Fontgalland e Moreira (2012), é necessário desmitificar que diálogo e escuta são dons pessoais. A escuta qualificada possui elementos básicos, como a liberdade de expressão pelo usuário, confiança, compreensão, paciência, um estado de prontidão para ajuda, atenção, não recriminação e sigilo. Trata-se de um momento de troca, onde podem ocorrer modificações nos envolvidos.

Burgatti (2012) expõe com clareza a função da empatia como facilitador na compreensão da realidade do outro, seu contexto social, econômico, cultural, bem como as atitudes e o modo de viver e conviver do indivíduo frente ao processo saúde e doença.

Essa compreensão empática possibilita que a relação se concretize em atitudes positivas, pois geram a disponibilidade da ajuda, sem que ocorra um impacto emocional, paralisante nos profissionais de saúde ou provoquem sentimentos de afastamento.

Borges, Alcantara e Campos (2019) tratam a questão dos refugiados e imigrantes com os valores humanos da ética, do compromisso social e político. Os autores citam, como referência, a filósofa Adela Cortina, da Espanha, que correlacionou as situações de deslocamento contemporâneo como uma

problemática ética e política, que carrega consigo a indiferença, e coloca essas pessoas numa condição desfavorecida. Os autores citam, ainda, o distanciamento do pensamento para a concretização de ações na ética. Ressaltam que sociedades dispostas a investir na educação e nas pessoas, na melhoria de vida, na redução das desigualdades, com a participação de instituições públicas e privadas, estão conscientes de suas responsabilidades e podem olhar para a crise migratória não como uma crise do deslocamento, mas uma crise humanitária.

4.3.1.2 Núcleo temático 2 - grupo focal: Cuidado na atenção hospitalar

No Núcleo temático 2, Cuidado na atenção hospitalar, resultaram duas categorias e oito subcategorias, conforme quadro 3.

A abrangência desse núcleo tem relação com os aspectos de execução, apoio no trabalho, na efetivação do SUS na prática das unidades hospitalares.

Quadro 3 - Destaque Núcleo temático 2: Cuidado na atenção hospitalar - grupo focal

GRUPO FOCAL NÚCLEO TEMÁTICO 2: CUIDADO NA ATENÇÃO HOSPITALAR	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Processo de trabalho	1. Ausência de protocolo no atendimento aos imigrantes
	1.2 Falta de integração de equipe multiprofissional
	1.3 Divergências entre profissionais da equipe
	1.4 Falta de apoio de gestores
2. Políticas públicas	2.1 Políticas públicas para os imigrantes
	2.2 Ações pontuais em relação aos imigrantes
	2.3 Redes de atenção
	2.4 Sistema de referências para encaminhamentos

Fonte: Dados da pesquisa.

As duas categorias que emergiram no Núcleo temático Cuidado na atenção hospitalar foram: **Processo de trabalho** e **Políticas Públicas**, sendo que a

primeira aponta para o exercício de competências profissionais de modo intuitivo, com características de respostas rápidas e a partir do arcabouço pessoal, carecendo por parte dos profissionais, de diretrizes oficializadas para o cuidado na atenção hospitalar referente à população imigrante.

Na categoria **Processo de trabalho**, na subcategoria *Ausência de protocolo no atendimento aos imigrantes*, as falas dos participantes refletem a falta de padronização das ações dos profissionais de saúde:

[...] eu acredito que, na verdade, é assim, no comprometimento que a gente tem com o nosso trabalho. Então são as estratégias que a gente cria... pequenas estratégias que eu não sei se é o certo, se é o errado, eu busco apoio nas pessoas que trabalham comigo. (GP4)

[...] Você vai fazer no dia a dia, a partir do que acha, você vai apagar um incêndio. (GP3)

Os serviços de saúde se organizam a partir de diretrizes legais. A Portaria MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, instituiu a Rede de Atenção à Saúde no âmbito hospitalar, estabeleceu que as práticas neste âmbito estivessem amparadas por modelo profissional, estruturado pela instituição, protocolo de atendimento clínico, com indicação dos serviços e procedimentos para orientar na tomada de decisões. De modo que fluxos e protocolos são instrumentos com os quais os profissionais de saúde estão familiarizados. (BRASIL, 2013a).

De acordo com Backers, Lunardi e Lunardi Filho (2006), a implementação do cuidado humanizado necessita fundamentar-se na ética, como elemento que impulsiona as ações e intervenções do cuidado, direciona as estratégias e condutas que se estabelecem no cotidiano da assistência.

Estabelecer um protocolo de atendimento é criar uma ação de acolhimento, pois permite a inclusão dos usuários no sistema, enquanto documento, esclarece qual a ordem do atendimento, quais os procedimentos e os envolvidos na assistência, além de identificar a situação clínica a que se refere, por exemplo, se urgência e emergência, se internação, dentro do âmbito do hospital.

O protocolo deve traduzir a missão do hospital, o compromisso institucional e de seus trabalhadores, permitindo a horizontalidade das relações no trabalho;

deve minimizar dúvidas que possam surgir durante os atendimentos, servir como fio condutor para as equipes de saúde e demonstrar transparência para as ações executadas, além da segurança dos processos.

A subcategoria *Falta de integração de equipe multiprofissional* emergiu, na percepção da falta de integração das equipes internas, muitas vezes com responsabilização de uma categoria para dar respostas às questões sociais, como se a abordagem ao imigrante tivesse a centralidade de uma categoria profissional específica:

[...], mas no hospital, o serviço social acaba tendo alguma atuação nesses casos. Entrando em contato com esses órgãos de auxílio a imigrantes e contatando UBS também pra que haja um acompanhamento (GP4).

[...] O hospital recebe aquela pessoa, mas o serviço social tem que entender, por qual caminho ela veio, de onde ela veio, como chegou, da onde ela é, de que localidade dentro da cidade de São Paulo ela está (GP5).

No trabalho em equipe multiprofissional, não existe uma centralidade das ações, os profissionais participam das discussões a partir dos diferentes saberes, para que seja possível compreender as demandas das pessoas e garantir a integralidade da assistência. Pode haver, em alguns momentos, um destaque para uma ou outra categoria profissional; entretanto, o saber é socializado com todos, as condutas são da equipe, todos compartilham da mesma resolução. A ideia de equipe multiprofissional é agregar diferentes olhares para uma mesma situação e encontrar uma resolução que se aproxime da necessidade e possibilidade de intervenção junto ao usuário.

Ter competência requer um conjunto de conhecimentos, o profissional deve firmar sua prática em habilidades cognitivas, técnicas e comunicativas, em um conjunto de características que envolvem a atualização e busca de conhecimento com valores humanos, postura ética responsável, capacidade de respostas assertivas e de trabalhar em equipe multiprofissional (GARCIA *et al.*, 2010).

A subcategoria *Divergências entre profissionais da equipe* identificou, também, discursos de discordâncias de condutas, que prejudicam os

relacionamentos entre profissionais e interferem negativamente nas condutas programadas para os usuários, conforme as falas dos participantes:

[...] Não respeitaram minha conduta. Rasgaram o papel da minha autorização... Falaram que eu não fiz nada, entendeu? Então é uma dificuldade imensa... a gente sofre com os outros profissionais. (GP7)

[...] A minha equipe toda se desentendeu porque uns estavam: Não! Não vamos aprovar o procedimento... E eu fui uma das que manteve: "Vou insistir". (GP2)

De acordo com Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2005), o processo de humanização se efetiva a partir da sensibilização da equipe e dos gestores, no amadurecimento dos integrantes do grupo, que deve se efetivar antes de qualquer ação junto à coletividade. É preciso humanizar as relações dentro da própria equipe, criar vínculos de coesão e convicção entre os integrantes e favorecer uma relação de respeito uns com os outros.

O atendimento na assistência hospitalar à população imigrante, pela sua complexidade, requer que o cuidado na atenção hospitalar seja compartilhado em equipe multiprofissional, no respeito aos diferentes saberes e pessoas, a fim de garantir a integralidade e a equidade na assistência, na hospitalização e nos encaminhamentos em rede de atenção.

A subcategoria *Falta de apoio dos gestores* ficou evidenciada pelo texto destacado abaixo:

[...] quem tem esse poder ou quem tem essa caneta na mão... não se dispõe a dialogar entre as partes e fazer com que funcione. (GP5)

[...] Porque o que acontece na unidade, não gera grau importância pra quem tem o poder e responde pela unidade, o gestor não tenta movimentar alguma coisa aqui na autarquia ou Secretaria de Saúde. (GP5)

O apoio dos gestores locais tem papel significativo na implementação de ações de acolhimento e humanização, pois valida os processos de trabalho locais e estabelece comunicação interna e externa com os profissionais, usuários

(mesmo que por meio indireto) e conselho gestor (controle social), dando transparência para o trabalho.

A Política Nacional de Humanização tem, como princípio, a inclusão dos trabalhadores, gestores e usuários na discussão e implantação de modelos de atenção e de gestão. A humanização dos serviços de saúde, principalmente nos hospitais, revelou-se complexa, a começar pela falta de comunicação entre usuário e o profissional, entre os profissionais e entre estes e os gestores. Mostram-se como instituições ainda de caráter hierárquico, o que pode inibir o desempenho e expressão das equipes de saúde. Portanto, antes de tudo, é necessário estabelecer programas de habilidades de comunicação entre as equipes, que envolvam todos os profissionais, técnicos, administrativos e gestores, na garantia do cuidado com o paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A segunda categoria que emergiu do Núcleo temático 2, Cuidado na atenção hospitalar, foi a de **Políticas públicas**, com 4 (quatro) subcategorias, *Políticas públicas para os imigrantes*, *Ações pontuais em relação aos imigrantes*, *Redes de atenção*, *Sistema de referências para encaminhamentos*.

As narrativas acerca de *Políticas públicas para os imigrantes* referiram-se ao desconhecimento de políticas direcionadas a essa população; ficou evidente apenas a realização de ações pontuais de acolhimento e assistência aos imigrantes, abrangendo a segunda subcategoria, *Ações pontuais em relação aos imigrantes*:

[...] Na prática do dia a dia, tá faltando política, pros imigrantes. (GP3)

[...] No caso de atendimento a pessoas em situação de violência foi construída uma linha de cuidados, talvez entre como uma sugestão uma linha de cuidados ao imigrante, com todas as diretrizes, com fluxo de atendimento. (GP7)

[...] E foram distribuídos (na Copa do Mundo)... materiais informativos para serem colocados ali a disposição para esses imigrantes. Então eram folhetos em vários idiomas. (GP2)

De acordo com Guerra e Ventura (2017), apesar do crescimento claro e contínuo do fenômeno da imigração no mundo, persiste a falta de políticas

intersetoriais em São Paulo. Observam que o acesso dos imigrantes à saúde é dificultado por fatores culturais, gênero, raça/etnia, classe social, sendo necessária a inserção de ações mais amplas na integração do imigrante no âmbito da saúde de maneira contínua.

As autoras reconhecem algumas iniciativas como formas de acolhimento, o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) e cartão SUS, mas que estão longe de alcançar os imigrantes em sua maioria, principalmente em regiões de fronteiras. Reforçam, ainda, que políticas públicas devem corresponder às necessidades dos imigrantes e apontam para a necessidade de preparar os profissionais de saúde para atuar junto a essa população (GUERRA; VENTURA, 2017).

As subcategorias *Redes de atenção* e *Sistema de referências para encaminhamentos* emergiram pela insuficiência de articulação em rede assistencial:

[...] O mesmo usuário que frequenta hospital, é o mesmo usuário do bairro. Por que não tem essa informação? Não existe diálogo entre os canais da prefeitura. Não existe diálogo... Tem órgãos da prefeitura também especializados em imigração, que às vezes, também vão conhecer demandas que a gente não conhece. (GP5)

[...] A atenção básica tem papel muito importante no acolhimento aos imigrantes. Não só pensando na saúde, mas na assistência (social), enfim é um meio pra se aproximar dessas pessoas. (GP4)

[...] O último paciente imigrante que atendi, tinha 80 anos, era boliviano, morava 13 pessoas num quarto e ele era dos cuidados paliativos. Precisava de oxigênio, precisava da dieta enteral, de todos os cuidados de uma EMAD, como fazer pra desinternar? (GP7)

[...] Acho que o que ele tava falando, tem órgãos da prefeitura também especializados em imigração... Que, às vezes, também vão conhecer demandas que a gente não conhece... acho que também podem ajudar fazer essa ponte. (GP6)

Os participantes da pesquisa, ao mencionarem “encaminhamentos e redes de atenção”, referem-se à articulação dos serviços do território para atender às necessidades dos usuários, o acesso a serviços complementares ou de

seguimento, por exemplo, retorno às UBS, CREAS, Casas de Acolhida, EMADs, CAPS, entre outros.

Das definições de rede de assistência, o ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) registra que o atendimento deve envolver todos os pontos da rede de atenção; para isso, as equipes de saúde devem se organizar com o objetivo de proporcionar a resolutividade na rede.

Em toda a rede de saúde, os serviços devem prestar assistência considerando todas as dimensões do usuário, de modo que a falta de articulação em rede pode gerar encaminhamentos para especialidades e exames desnecessários, quando existe a falta de aproximação do usuário (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

No enfrentamento das questões sobre a população migrante, é preciso ampliar a compreensão sobre o fenômeno do deslocamento, produzir evidências científicas das injustiças e desigualdades sociais em saúde, nos territórios e nos grupos de imigrantes, para que a rede de atenção seja funcional (VENTURA, 2018).

Os encaminhamentos para os imigrantes resvalam ainda na desinformação e a falta de recursos e serviços públicos existentes, o que limita a atuação dos profissionais do hospital para ações conjuntas, inclusive em nível intersecretarial.

Baduy *et al.* (2011) acrescentam que a gestão do cuidado se efetiva também pela conversa com e entre os trabalhadores da rede de atenção, com estratégias como a discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente para problematização dos processos de trabalho e sugere a participação de assessoria técnica na integração da rede.

Na abordagem das categorias **Processo de trabalho e políticas públicas**, é notável a interferência da ausência de clareza de políticas, fluxos e protocolos, esbarrando no cotidiano dos profissionais de saúde, nas equipes, no exercício do cuidado com a população imigrante, com reflexos na condução do tratamento desta população.

4.3.1.3 Núcleo temático 3 – grupo focal: Abordagem dos processos educativos

No grupo focal, foram discutidas estratégias que possibilitam a transformação no trabalho, a partir da reflexão dos profissionais de saúde sobre seu cotidiano, especificamente na assistência oferecida aos imigrantes que buscam o serviço no hospital. No Núcleo temático 3, Abordagem dos processos educativos, emergiu a categoria **Práticas educativas**, conforme o registro do quadro abaixo:

Quadro 4. Destaque Núcleo temático 3: Abordagem dos processos educativos – grupo focal

GRUPO FOCAL NÚCLEO TEMÁTICO 3: ABORDAGEM DE PROCESSOS EDUCATIVOS
CATEGORIA
1. Práticas educativas

Fonte: Dados da pesquisa.

As falas dos participantes demonstram a necessidade de incrementar ações junto aos profissionais de saúde:

[...] os funcionários são pessoas, às vezes, com estresses pós-traumático por conta de agressões verbais da exposição ao público sempre muito reclamante, demandante... o imigrante é uma parte da população, os profissionais não têm preparo para acolhimento em si. Se a gente trabalhar isso, a gente também atinge o imigrante. Porque a partir do momento que você se sensibiliza pro atendimento ao humano, o imigrante é humano. (GP2)

[...] Queria comentar que o acolhimento já é falho de um modo geral. Os profissionais não tão preparados pra atender. (GP7)

[...] Essa sensibilização tem que partir de baixo pra cima, das pessoas que tão envolvidas com os imigrantes. (GP5)

Na saúde, a partir da problematização dos nós críticos do dia a dia, é possível identificar as necessidades de qualificação profissional, em um processo crítico/reflexivo, no qual se leva em conta, além dos elementos técnicos, de equipamentos e tecnologias, a subjetividade e os relacionamentos entre os envolvidos no processo saúde-doença (ADAMY *et al.*, 2018).

Goulart e Chiari (2010) ressaltam que a humanização deve estar apoiada pela aprendizagem, favorecendo a reflexão sobre o cotidiano do trabalho para transformação de pessoas e da instituição.

Arruda-Barbosa, Sales e Souza (2020), no trabalho realizado em Roraima, concluem que existe uma carência de informação e educação sobre o cuidado com os imigrantes. Os processos educativos podem mitigar parte dos problemas por eles vivenciados, pois possibilitaria entender as necessidades dos imigrantes. Apesar do profissional de saúde estar dotado de bases técnicas e teóricas, por meio do processo de educação é possível evitar choques culturais, com direcionamento para sensibilização e humanização da assistência dos imigrantes.

4.3.2 Análise de conteúdo – entrevistas semiestruturadas

Nas entrevistas, a partir dos 3 (três) Núcleos temáticos: Assistência com foco na humanização, Cuidado na atenção hospitalar e Abordagem de processos educativos, foram identificadas 112 (cento e doze) unidades de contexto e 193 (cento e noventa e três) unidades de registro, das quais emergiram 6 (seis) categorias e 14 (quatorze) subcategorias, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 5. Núcleos temáticos entrevistas, categorias e subcategorias

ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS NÚCLEO TEMÁTICO 1: ASSISTÊNCIA COM FOCO NA HUMANIZAÇÃO	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Percepção dos profissionais de saúde na acolhida aos imigrantes no hospital	1.1 Aspectos de acolhimento aos imigrantes 1.2 Percepção dos sentimentos dos imigrantes 1.3 Pré-julgamentos dos profissionais 1.4 Ajustamento às rotinas do serviço pelos imigrantes
2. Cenário social dos imigrantes	2.1 Contexto sociocultural 2.2 Diversidade cultural 2.3 Violência como contexto familiar e social
3. Comunicação	3.1 Idioma como barreira nos atendimentos 3.2 Habilidades para o enfrentamento das dificuldades com idioma
ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS NÚCLEO TEMÁTICO 2: CUIDADO NA ATENÇÃO HOSPITALAR	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Processo de trabalho	1.1 Ausência de protocolo no atendimento aos imigrantes 1.2 Integração de equipe multiprofissional 1.3 Protocolo médico

2. Políticas públicas	2.1 Políticas públicas para os imigrantes 2.2 – Redes de atenção
ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS NÚCLEO TEMÁTICO 3: ABORDAGEM DE PROCESSOS EDUCATIVOS	
1. Categoria: Práticas educativas	

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.2.1 Núcleo temático 1: Assistência com foco na humanização - entrevistas semiestruturadas

Nas entrevistas no Núcleo temático 1, Assistência com foco na humanização, emergiu a categoria **Percepção dos profissionais de saúde na acolhida aos imigrantes no hospital**, com 4 subcategorias, *Aspectos de acolhimento aos imigrantes*, *Percepção dos sentimentos dos imigrantes*, *Pré-julgamentos dos profissionais* e *Ajustamento às rotinas do serviço pelos imigrantes*, conforme destaque abaixo:

Quadro 6. Destaque Núcleo temático 1: Assistência com foco na humanização - Entrevistas

ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS NÚCLEO TEMÁTICO 1: ASSISTÊNCIA COM FOCO NA HUMANIZAÇÃO	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Percepção dos profissionais de saúde na acolhida aos imigrantes no hospital	1.1 Aspectos de acolhimento aos imigrantes 1.2 Percepção dos sentimentos dos imigrantes 1.3 Pré-julgamentos dos profissionais 1.4 Ajustamento às rotinas do serviço pelos imigrantes
2. Cenário social dos imigrantes	2.1 Contexto sociocultural 2.2 Diversidade cultural 2.3 Violência como contexto familiar e social
3. Comunicação	3.1 Idioma como barreira nos atendimentos 3.2 Habilidades para o enfrentamento das dificuldades com idioma

Fonte: Dados da pesquisa.

Na subcategoria *Aspectos de acolhimento aos imigrantes*, os participantes das entrevistas reportaram aspectos gerais do acolhimento, como postura individualizada:

[...] O acolhimento deles vai ser assim: você chegou, pegou uma pessoa boa para te atender, você vai ser bem acolhido. Com jeitinho vai conseguir fazer ele se abrir e ele vai falar com você. Senão (tiver uma pessoa boa no acolhimento) ele vai se fechar e vai ficar ali, vai pegar o que ele tiver que pegar e vai sair, vai embora sem resolver o que ele veio fazer. (EP8)

[...] A gente tá tateando nessa questão (no acolhimento aos imigrantes), mas já começamos a conversar. (EP2)

[...] Do acolhimento, eu atendo da mesma forma que eu atendo os outros. Mas tem algumas orientações específicas... em geral as pessoas não buscam o conhecimento pra orientar, então falta de orientação de acolhimento. (EP10)

O acolhimento é uma diretriz da PNH, tem como protagonista o usuário no processo saúde-doença e a postura profissional é de escuta e compartilhamento entre os profissionais e seus diferentes saberes (BRASIL, 2003).

Humanizar os serviços implica no aprimoramento da qualidade dos processos de trabalho e na promoção da saúde em qualquer nível de complexidade do sistema. Todos os profissionais são responsáveis pelo cuidado, não há, portanto, a centralidade em uma categoria profissional (CARVALHO *et al.*, 2009).

Mesmo que o termo do acolhimento tenha sido discutido e debatido há tempos no âmbito da saúde, permanece à mercê de mudanças político-partidárias, ora sendo conceito central, ora uma postura mais individualizada, ou figura à margem de propostas assistenciais. O acolhimento traduz-se por ações práticas, em números de atendimento (acesso), em técnicas adequadas, incorporando as tecnologias, sem deixar de lado a subjetividade das pessoas.

Nesse modelo de acolhimento, o que se busca é a interação, a superação da dissociação, deve envolver os usuários dos serviços, seus pares, gestores e profissionais, na promoção e na recuperação da saúde.

Na subcategoria *Percepção dos sentimentos dos imigrantes*, os profissionais demonstraram empatia na condição do imigrante como pessoa em sofrimento e sujeito à vulnerabilidade social.

[...] O imigrante, às vezes, eu não sei se é por medo porque foi maltratado, porque já foi marginalizado, ali, ofendido não sei. Aí

ele fica com medo, achando que tudo mundo que vai chegar vai, pode fazer maldade, pode ofender, pode maltratar. Às vezes, está com uma dor você não consegue nem descobrir onde está doente que eles (imigrantes) se fecham. (EP8)

[...] A saída de um país é um fator que pode causar uma certa tendência a tristeza ou a depressão..., mas às vezes a gente percebe que eles têm algum receio, medo. (EP05)

Muitas vezes, os profissionais de saúde encontram-se invisibilizados no cotidiano e nas tarefas diárias, porém, são triadores do sistema, os que constroem vínculos e realizam escuta com os usuários. Acabam por resolver suas angústias e dúvidas sozinhos, se considerar que a formação profissional enfoca o manejo e procedimentos técnicos em saúde (NEVES, 2006).

Considerar o acolhimento como estratégia de humanização possibilita que o profissional de saúde compreenda os usuários a partir das histórias pessoais e desenvolva o sentimento de compaixão como elemento para ser incorporado na atenção aos imigrantes, favorecendo o movimento duplo de aproximação e distanciamento; aproximar para compreender e distanciar-se para cuidar, objetivando a construção de vínculos construtivos, com foco na resolutividade.

Ventura e Yujra (2019) reforçam a ideia de fortalecer os vínculos, ao afirmar que os atendimentos em saúde implicam numa relação bilateral usuário e cuidador, cada um com suas responsabilidades no processo.

Como parte da interação imigrante e profissional de saúde, nas entrevistas emergiu a subcategoria *Pré-julgamentos dos profissionais*, identificada nas falas, que registram o preconceito de alguns profissionais de saúde no atendimento da população imigrante:

[...] No caso do Haiti já entra algumas práticas um pouco diferentes... já tem preconceito em relação, por exemplo, a religiões africanas, imagina quando você entra em vodúismo, essas coisas. (EP4)

[...] "Tô te dando muito, você nem é daqui!" Eu ouvi muita coisa assim: "Vem para cá e tira vaga do brasileiro. Tá querendo demais, lá eles têm que pagar pelo serviço de saúde". (EP 10)

[...] Se eu tenho preconceitos, isso vai interferir no cuidado... E as lentes do preconceito vão interferir, sim, sempre da maneira que eu cuido. (EP11)

As respostas negativas por parte dos profissionais de saúde no atendimento aos imigrantes, como o preconceito, em parte se desenvolvem pela falta de conhecimento dos hábitos e da cultura dessa população, causando um distanciamento entre as partes. Desenvolver competências culturais junto às equipes de saúde pode auxiliar a superar essa barreira (DIAS *et al.*, 2010).

Castro, Oliveira e Custódio (2015) reforçam a ideia que o preconceito pode ser eliminado/reduzido a partir da aproximação dos diferentes e relatam a experiência de uma maternidade no município de São Paulo com grande volume de atendimento a bolivianas, que promoveu ações que integrassem o hospital à comunidade, por meio de feira cultural, cursos de línguas e de cultura para os profissionais de saúde. Os autores acreditam que o distanciamento dos profissionais está associado a formações em saúde, baseadas em técnicas e elementos biológicos.

As atitudes de preconceito ou de julgamentos não são declaradas, são percebidas por atitudes, troca de olhares, sinalizações que comunicam a discriminação e, apesar de veladas, interferem na assistência prestada ao usuário; o acolhimento, a escuta, o trabalho em equipe e a discussão de casos são modos de superar essas atitudes. Os participantes da pesquisa identificam tais ações como individualizadas, mas que podem comprometer a visão institucional. No SUS, a saúde é para todos, sem qualquer distinção, o princípio da universalidade – todos têm direito à saúde e à equidade – trata exatamente do respeito às diferenças e garante o direito à inclusão e proteção aos diferentes.

A subcategoria *Ajustamento às rotinas do serviço pelos imigrantes* está vinculada ao contexto social. Entretanto, nesta subcategoria, as afirmativas são relativas à maneira como os profissionais de saúde resolvem os impasses sobre a diferença de hábitos, cultura, principalmente em situações de urgência e na classificação de patologias:

[...] Ah, os hábitos deles (imigrantes) não pode interferir... Um exemplo, vai: "Não. Só vou dar banho no terceiro dia." "Não. Vai dar banho nas primeiras seis horas." Então a gente orienta como é feito aqui. (EP9)

"[...] Então ele tem que seguir ali. Então, assim, não tem muita abertura, para dizer: "Prefiro isso ou aquilo." Tem que ser o que o médico prescreve. [...]" (EP5)

"[...] Aqui tem que fazer do nosso jeito, eu explico que no país deles é de outro jeito, mas que no Brasil faz assim. (EP12)

Corroboramos com Silva (2017), na afirmação de que o acolhimento e a hospitalização do paciente imigrante tornam-se ainda mais difíceis quando os profissionais de saúde impõem as condutas do serviço, impessoais, sem considerar o sentido da cultura, dos hábitos, costumes ou crenças, que podem ser muitas vezes contrárias às do imigrante.

Gomes *et al.* (2008) reafirmam que regras hospitalares, quando rígidas e impostas apenas para cumprimento da rotina, propiciam um estado de despersonalização, com desrespeito à autonomia e decisão dos pacientes e, ao desconsiderar a expressão cultural dos imigrantes, lhes impõe uma rotina de massa.

As rotinas são defendidas pelos profissionais de saúde nas unidades hospitalares, com o discurso da necessidade de manter certa ordem, por conta dos procedimentos assistenciais. Entretanto, o engessamento dessas rotinas não permite quaisquer expressões das necessidades e desejos das pessoas internadas; para o imigrante, a situação é ainda mais tensa, pelas dificuldades de comunicação, o estranhamento dos hábitos ou recusa de condutas.

A categoria **Cenário social dos imigrantes** emergiu na percepção das questões culturais dos imigrantes como componente nas ações de acolhimento/humanização, com as seguintes subcategorias: *Contexto sociocultural, Diversidade cultural e Violência como contexto familiar e social.*

A percepção dos profissionais de saúde na subcategoria Contexto sociocultural aponta para a vulnerabilidade dos imigrantes, conforme os discursos destacados abaixo:

"[...] Veio pra evitar alguma situação penosa no país de origem. Então não é que a pessoa tá aqui porque quer..., mas o que a gente sabe é que muitos deles trabalham um trabalho a base da escravidão (os bolivianos). (EP5)

[...] Boliviano mostra uma preocupação muito grande com relação a alta. Eles querem muito ir embora, porque eles têm preocupação em ir embora para trabalhar. (EP6)

[...] Porque muitos vêm aqui tá sem documento, não têm o próprio documento, aí não consegue tirar as crianças do hospital... tem a taxa para pagar lá. Então tá muito concentrado em garantir alguns documentos para eles acessarem alguns outros benefícios. (EP 10)

A percepção dos profissionais sobre o contexto sociocultural está baseada na experiência com os bolivianos, possivelmente porque representam a maior parte dos imigrantes atendidos no hospital.

O relato das condições sociais dos bolivianos em São Paulo geralmente está associado ao trabalho, descrito como exploração de homens e mulheres que buscam oportunidades em oficinas de confecção de roupas, vivem na clandestinidade, com longas jornadas de trabalho, em lugares insalubres e reclusos, espaços que servem de local de trabalho e moradia, comprometendo a saúde dessa população (MOTA; MARINHO, 2014).

O sistema de saúde (SUS) está amparado no conceito de saúde a partir de determinantes de saúde; as condições sociais e o trabalho fazem parte desses determinantes e têm impacto no processo saúde-doença. Em São Paulo, por conta do aumento do número de bolivianos, algumas regiões criaram estratégias na rede básica de saúde para adequar o atendimento a esta população, atendendo a demanda do território; entretanto, tais iniciativas não incorporam a rede hospitalar até o momento.

A subcategoria *Diversidade cultural* foi apontada pelos participantes que responderam as entrevistas como fator relevante no entendimento dos processos de saúde-doença, na aceitação dos procedimentos:

[...] Muito importante no atendimento a questão da cultura, dos hábitos. A gente tem muitas questões relacionadas a alimentação... Às vezes, é o alimento, às vezes a preparação, às vezes o modo de apresentação do alimento. (EP2)

[...] Paciente não queria comer a comida do hospital, de jeito nenhum, tinha todo um jeito um ritual para preparar a comida. (EP6)

[...] A Cultura e a religião interferem. Porque o cuidado pra pessoa que está enferma, que adoeceu, ela sempre envolverá, incluindo os estrangeiros, sempre envolverá qual é o mundo dela, os costumes dela, a cultura dela presente. (EP11)

[...] Precisa saber mais sobre a cultura deles. O jeito deles... De se vestir... Já aconteceu caso assim de mulheres que vieram ganhar nenê comigo... você querer que ela faça um tipo de coisa que ela não está acostumada a fazer. Então é meio complicado, do procedimento tem coisas diferentes. Tipo assim, até por causa de doutrinas... têm uma religião diferente, tem mulher que não quer que um homem, um médico faça o parto. (EP8)

Ventura e Yujra (2019, p. 72) alertam para a diferenciação do conceito de saúde nos diferentes países e as formas de sistemas de atendimento público no mundo. Em alguns lugares, os tratamentos se dão por meios alternativos ou naturais; em outros, ligados às crenças religiosas, a exemplo dos haitianos, que buscam assistência médica somente em casos de emergência, ou no caso das bolivianas, que predominantemente têm partos naturais, e situações nas quais os imigrantes fazem uso de emplastos e ervas para cura. As autoras citam, ainda, as interferências sofridas em países atendidos por organizações humanitárias, pela inserção de modelos de saúde variados, com os quais alguns imigrantes tomam contato e se pautam neles como modelo de saúde.

Cada cultura faz um reconhecimento próprio dos sinais que indicam saúde e doença, que podem estar associados à situação ambiental, seja do grupo ou da natureza; a identificação da doença tem causas que não se limitam aos sinais do corpo (ROTOLI; COCCO, 2007).

Abordar o contexto cultural não se trata de alterar procedimentos e rotinas de acordo com cada nacionalidade, mas buscar entendimento sobre os sintomas, a história da doença, com o intuito de formular estratégias que favoreçam o cuidado. É sempre importante refletir sobre as possíveis adequações nas intervenções, aproximando, quando possível, a população migrante do atendimento oferecido, aumentando a eficiência das ações (VENTURA; YUJRA, 2019).

A escuta, o diálogo e o vínculo são formas de intervenção que podem esclarecer as diferenças, reduzindo as fronteiras culturais e, por conseguinte,

estabelecer o acolhimento do imigrante em suas demandas de saúde de maneira integral e singular.

A subcategoria *Violência como contexto familiar e social* surgiu como **Cenário social**, que, apesar de presente nos atendimentos, demonstrou limites na atuação dos profissionais; as falas dos participantes evidenciam a constatação da violência como forma de cultura de algumas nacionalidades:

[...] Mas o problema é que as mulheres também se calam, é, porque é cultural. Mesmo sabendo que existe, vamos dizer esse respaldo, as mulheres acabam sendo omissas, são muito caladas. Omissas... Na verdade, elas são submissas. (EP5)

[...] Quando eu atendia no PS, eu sempre explicava pra mulheres, eu já atendi homens que agrediam, que aqui no Brasil é diferente, que aqui eles tão vivendo aqui, eles têm que entender a nossa lei, que aqui não pode, não é assim. (EP6)

Em Dantas (2012), encontramos a situação de violência contra a mulher como frequente e atribuída à cultura em países como Bolívia, Peru e Paraguai. A atitude, tida como passiva, das mulheres hispano-americanas tem contexto social e político (SILVA, 2008).

O caminho percorrido pelas mulheres vítimas de violência é longo e solitário, pelo receio de represálias, da vergonha, por conta da dependência econômica ou medo de perder os filhos, fatos que contribuem para que a violência persista. Nas comunidades de imigrantes, essa situação é preocupante, pela ausência de denúncias, por ser atribuída à cultura, aumentando o isolamento social (DUARTE, 2012).

A situação de violência doméstica contra a mulher está presente em vários serviços, dentre eles, os serviços de saúde, seja na atenção básica, hospitalar e maternidade, onde é possível realizar o acolhimento, orientação e acompanhamento na internação e no ambulatório e articulação da rede. Apesar da visão de domínio masculino ainda persistir no imaginário cultural de muitas sociedades, vários avanços nas legislações internacionais asseguram os direitos às mulheres (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2012).

A condição de deslocamento da mulher imigrante pode inibir a busca de ajuda, com a autoestima e aceitação prejudicadas pela situação de violência, somam-se o desconhecimento da legislação local, dos serviços de proteção, da dificuldade em relação ao idioma e estigmas sociais, mantendo a condição de violência imutável.

A violência doméstica é um tema que compete ao campo das políticas públicas e da ética, revela-se em vários setores e serviços e é de difícil abordagem, pois é cercado pelo silêncio. Entretanto, compete aos profissionais, em qualquer área de atuação, a abordagem e encaminhamento das situações às quais têm conhecimento para proteção e preservação da vida, nos aspectos social, físico, mental e emocional.

Ainda no Núcleo temático 1, Humanização na assistência hospitalar, a categoria **Comunicação** surgiu como aspecto a ser considerado no acolhimento, com duas subcategorias, *Idioma como barreira nos atendimentos e habilidades para o enfrentamento das dificuldades com idioma*.

A subcategoria *Idioma como barreira nos atendimentos* foi identificada nas falas dos participantes das entrevistas, na compreensão do idioma:

[...] Uma haitiana que estava gestante e ela estava com dor e ela não conseguia dizer que ela estava com dor. Foi bem difícil... Porque ninguém sabia falar o idioma dela e ela tava sozinha. (EP12)

[...] Como compreender (Língua) a história da dor? Como ele vai falar que ele tem uma dor na barriga, mas que começou com uma dor nas costas há 15 dias atrás? ...Se ele toma alguma medicação. (EP3)

[...] É claro que a comunicação é um instrumento fundamental dentro do hospital, quando existe essa dificuldade de entendimento entre as partes, cria um distanciamento, cria uma dificuldade... Tem paciente que só fala francês, um francês misturado com dialeto do Haiti, ou seja, impossível de entender ela. A gente ficou bastante tempo perto, tentando entender o que tava acontecendo. (EP4)

Para Ventura e Yujra (2019), uma das principais barreiras no atendimento refere-se à linguagem, quando o usuário ainda não domina o idioma local e os profissionais desconhecem outros idiomas. As autoras alertam para a

necessidade de superar essa barreira, para que não seja um impedimento no atendimento em saúde e sugerem como recursos a criação de banco de intérpretes e contratação de agentes de saúde imigrantes nos territórios com concentração da população imigrante.

O trabalho de Bertoldo (2018) com mulheres migrantes constatou que a dificuldade com o idioma foi o fator crucial para perpetuar o isolamento social, vivenciado como dificultador no relacionamento, além de ser um impedimento para que as migrantes buscassem os serviços públicos, por medo de não serem compreendidas.

As dificuldades com o idioma refletem na qualidade do atendimento, pois os profissionais de saúde não entendem a história da doença, das condições pré-existentes de saúde, limitando-se ao sintoma atual que levou os imigrantes ao serviço de emergência. Essa divergência de idiomas restringe o atendimento à avaliação por meio de exame físico, laboratorial e de imagem (CARVALHO, 2019).

O desconhecimento do idioma é um fato que foi apontado como entrave na assistência em saúde, os participantes das entrevistas, em geral, mencionaram como primeiro elemento a ser vencido na assistência; em alguns casos, a história da ocorrência fica confusa (especialmente no registro de acidentes), a ponto de criar situações constrangedoras para os imigrantes.

A subcategoria *Habilidades para o enfrentamento das dificuldades com idioma* emergiu como forma de lidar com as dificuldades com o idioma, identificada nas falas abaixo:

[...] São outras maneiras de se expressar que não é só pelo verbal, né? Então, a mímica uma maneira de se expressar, de fisionomia, de gestos e tudo mais, ela (pessoa do imigrante) vai colocando muitas questões que a gente vai entendendo uma coisa ou outra. (EP2)

[...] A gente consegue entender, eles se fazem entender, ah, é nos sinais, ir tentando. Às vezes, mostrando alguma coisa. Em algumas coisas a gente mostra uma placa, faz um desenho. Às vezes, assim, por exemplo, se é um remédio a gente mostra o frasco. (EP8)

[...] E teve casos de eu pedir para colegas, que sabem as outras línguas, se comunicarem. (EP9)

O estranhamento inicial do idioma vai dando lugar a formas alternativas para comunicação, gerando a possibilidade de vínculos por meio de formas universais de diálogo, como o olhar, o toque e a empatia.

Como forma de superar a dificuldade de compreender os idiomas, os profissionais de saúde podem utilizar-se de alguns recursos, como a identificação de profissionais bilíngues dentro dos serviços, a promoção de cursos de capacitação de trabalhadores (especialmente para os idiomas comuns à população imigrante da região), a busca de intérpretes comunitários, a elaboração de *banners* ou cartilhas de orientação, o uso de tecnologia (aplicativos de tradução), a elaboração de material visual na sala de espera sobre sinais e sintomas que facilitem o primeiro atendimento, o mapeamento e divulgação de equipamentos gratuitos de ensino em português para os usuários e de outros idiomas para os profissionais de saúde (VENTURA; YJURA, 2019).

No relato dos profissionais de saúde, durante as entrevistas, foi possível verificar um esforço destes profissionais na compreensão do idioma e de se fazer entender, com preocupação em atender às necessidades dos imigrantes, sendo comum a procura de colegas que “falam em outras línguas”, ou o uso da mímica e gestos que demonstrassem o procedimento. Esse esforço ocorria no sentido de auxiliar o imigrante a compreender tanto o sintoma como o tratamento proposto.

4.3.2.2 Núcleo temático 2: Cuidado na atenção hospitalar – Entrevistas semiestruturadas

O Núcleo temático 2, Cuidado na atenção hospitalar, resultou em 2 (duas) categorias. A primeira, **Processo de trabalho**, com 3 subcategorias, *Ausência de protocolo no atendimento aos imigrantes*, *Integração de equipe multiprofissional e Protocolo médico* e a segunda categoria, **Políticas públicas**, com 2 (duas) subcategorias, *Políticas públicas para os imigrantes e redes de atenção*, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 7. Destaque Núcleo temático 2: Cuidado na atenção hospitalar - Entrevistas

ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS NÚCLEO TEMÁTICO 2: CUIDADO NA ATENÇÃO HOSPITALAR	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Processo de trabalho	1.1 Ausência de protocolo no atendimento aos imigrantes 1.2 Integração de equipe multiprofissional 1.3 Protocolo médico
2. Políticas públicas	2.1 Políticas públicas para os imigrantes 2.2 Redes de atenção

Fonte: Dados da pesquisa.

Na categoria **Processo de trabalho**, emergiu a subcategoria *Ausência de protocolo no atendimento aos imigrantes*, com impacto nos encaminhamentos e na abordagem do acolhimento, conforme se observa no discurso dos participantes:

[...] Não tem fluxo próprio pro imigrante. A gente atende como atende todos pacientes... Normal. Não há nenhuma diferenciação. Não há nada especial. (EP5)

[...] Deveríamos ter pra gente criar fluxo de atendimento pra esses imigrantes. Por exemplo, encaminhamentos pra setores específicos, de orientação. (EP10)

[...] Quando o cuidado é dispensado sempre é a partir de um olhar pela pessoa. Um olhar para cada situação e para cada pessoa, a gente cria na hora. (EP11)

O protocolo assistencial é um facilitador para o atendimento aos usuários dos serviços de saúde na atenção às suas necessidades, uma ferramenta de trabalho que possibilita a equidade na atenção. Quando os usuários são informados e entendem o protocolo, o atendimento fica mais próximo das suas necessidades, pela simples possibilidade de conhecimento do que vai acontecer (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Para Carvalho (2019), o estabelecimento de protocolo permite que os pacientes sejam atendidos em serviços de urgência e emergência mais rapidamente, diminuindo os riscos de morte ou de deixar sequelas, como também minimiza a ansiedade, estresse e angústia. São instrumentos práticos, com rotinas e cuidados de um serviço.

Os participantes das entrevistas referiram que o acolhimento é igual para todos os pacientes, no sentido de estabelecer uma condição de igualdade.

Entretanto, o princípio da equidade no SUS define-se como tratar as diferenças de modo igual, implicando que os imigrantes devem ser atendidos em conformidade com suas peculiaridades de grupo social. Um protocolo assistencial com atenção à população imigrante manifesta essa diferença de conceitos ao estabelecer normas, procedimentos e premissas na assistência aos imigrantes.

A subcategoria *Integração na equipe multiprofissional* emergiu como essencial para o atendimento ao imigrante, diante da complexidade da migração, conforme se verificou nos discursos dos participantes:

[...] Todos os profissionais falam de saúde. Então está tudo relacionado. A equipe, muitas vezes, é numa fonoaudióloga, uma fisioterapeuta que tá ali mais tempo, chegou mais próxima daquele paciente, se identificou melhor com aquela pessoa. É aquela pessoa que vai ser a liga entre nós todos. (EP2)

[...] Eu vou falar da equipe, tentar falar da equipe como um todo. Equipe multiprofissional, a gente conversa muito. Então, assistente social, fisioterapeutas e terapeuta ocupacional, nós conversamos muito e estamos atentos a isso. O trabalho em saúde é sempre realizado com equipe multiprofissional. Só que o ponto de atenção no hospital, a equipe multi funciona muito diferente da atenção básica (EP11).

Para Backers, Lunardi Filho e Lunardi (2005), todo o processo de humanização deve começar pela equipe, promover o amadurecimento do grupo antes de multiplicar o trabalho para a coletividade; é importante que a equipe tenha a representação do maior número de categorias do hospital. No trabalho em equipe, é possível mudar percepções distorcidas e lidar com o enfrentamento das barreiras interdisciplinares.

Na atenção ao imigrante, o ideal é que a equipe seja composta por várias categorias, pois a observação dos diferentes profissionais favorece que a assistência seja adequada e de qualidade, permitindo o caráter equânime e integral do cuidado prestado (CARVALHO, 2019).

O trabalho em equipe multiprofissional tem seus desafios, a construção de um saber a partir de várias áreas de conhecimento é um exercício contínuo, que se efetiva na prática da clínica, estabelece as competências de cada categoria

profissional e da equipe de saúde; a complexidade e vulnerabilidade do imigrante requer essa visão integrada.

Ainda na categoria **Processo de trabalho**, surgiu a subcategoria *Protocolo médico*, como necessidade de estabelecer o atendimento para o imigrante em termos da condição física da doença, principalmente na urgência e emergência:

[...] O médico não precisa conversar, ele faz a parte do atendimento dele, e os outros procedimentos médicos. (EP4)

[...] No atendimento em pronto socorro, de resto é seguir protocolo, a anatomia é a mesma coisa..., mas o resto atendimento, é protocolo, exames, é tudo igual, padronizado. (EP7)

No trabalho de Abdala (2014) acerca da promoção da saúde, este refere que as representações sociais acerca do modelo assistencial são bastante ancoradas no saber médico. Portanto, os procedimentos e relações de poder/saber ainda encontram dificuldades em concepções mais amplas na promoção da saúde.

Ao contrário do que foi pensado no modelo biomédico, os sinais da presença da doença variam de acordo com as culturas; cada uma delas reconhece sinais diferentes para doença, prognósticos e possíveis causas, tais sinais nem sempre estão limitados ao corpo ou sintomas corporais, mas outras fontes são consideradas na identificação da doença. Semelhante a esse reconhecimento, o limiar de dor também se modifica conforme a cultura; portanto, a abordagem na saúde não pode se restringir aos sintomas físicos (ROTOLI; COCCO, 2007).

O distanciamento entre paciente e profissional de saúde é o ponto inicial da desumanização no hospital; é importante repensar a flexibilidade do profissional no uso de normas, regras e protocolos, com a proposta substitutiva de conciliar o conhecimento científico e técnico com a responsabilidade, sensibilidade, ética e solidariedade, ressaltando que os valores éticos devem permear as ações da assistência hospitalar (BERTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003).

A menção dos participantes da pesquisa para a necessidade de seguir protocolo médico relaciona-se à situação de urgência na assistência com

características de intervenção imediata. De qualquer maneira, a atenção humanizada, o projeto terapêutico singular, a integralidade e a equidade, são alguns dos pressupostos do SUS, que implicam na atuação assistencial da porta de entrada até a saída do paciente, com atuação multidisciplinar, pois requer a compreensão dos sujeitos em todas as suas necessidades.

No Núcleo temático 2, Cuidado na atenção hospitalar, emergiu a segunda categoria, **Políticas públicas**, com 2 (duas) subcategorias, *Políticas públicas para os imigrantes e redes de atenção*.

[...] Na linha de cuidado não há nada específico para os imigrantes, a gente procura outro serviço para população que a gente considera de risco, para com os cuidados com o bebê. Para com os cuidados do bebê (EP9).

[...] Omissão de políticas públicas... Todo mundo sabe como eles vivem. Às vezes, antigamente, a gente ainda até via até na televisão..., mas tem aumentado. A gente percebe. Anda ali pelo Brás, pela Sé, centro de São Paulo, muita gente, o número (imigrantes) parece que só cresce. É impressionante. E de várias regiões. Antigamente era só de bolivianos agora não. Agora tem de todas as nacionalidades (EP5).

Dias *et al.* (2010) apontam para a mudança comportamental dos imigrantes sobre a busca de serviços de saúde, com aumento de procura para a atenção primária; os autores consideram que essa mudança possa ser reflexo de políticas implementadas na promoção do acesso aos serviços de saúde nos territórios e melhoria dos cuidados prestados.

Na atenção primária, os pacientes criam vínculos com os profissionais, porque vão à unidade com frequência para várias especialidades médicas e de apoio; o público das unidades é demarcado por território menor que os hospitais, com visitas regulares dos agentes de saúde.

Silva e Lima (2017) relatam dificuldades para os haitianos, em razão da língua, o crioulo africano, que possui regras próprias, aumentando o isolamento e a inserção no trabalho, sendo que não existem políticas públicas eficazes para o ensino do português aos haitianos, ou dependem de iniciativas de universidades ou organizações não governamentais locais para tratar dessa questão.

Em São Paulo, a SMDHC tem projetos e ações voltadas para os imigrantes e criou o CRAI, em parceria com uma organização social, um centro de

referência, onde a população imigrante encontra orientações nas mais diversas áreas. A Secretaria promove discussões sobre as problemáticas dos imigrantes em comitês de discussão regulares, mantém o projeto de Portas Abertas (curso de Português), auxilia com intérpretes para as mais variadas situações (documentação, acolhida), distribui a cartilha do migrante (Somos todos (as) imigrantes, em sete idiomas), promove as conferências sobre a população imigrante e também desenvolve ações voltadas para o trabalho decente e aporte jurídico.

Apesar desse trabalho do CRAI, nem todos os profissionais de saúde conhecem o serviço, as articulações dos profissionais de saúde no hospital, em geral, ficam limitadas ao entorno da unidade, algumas categorias profissionais – assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais –, buscam serviços em uma área mais abrangente, em termos de território e instâncias de serviços.

Steffens e Martins (2016) entendem que as iniciativas públicas são recentes em São Paulo, pois o volume de fluxos migratórios vem demonstrando crescimento há tempos e, apesar do mapeamento de dados dos imigrantes, a situação dessa população ainda é incerta, pois nem todos estão cadastrados nos sistemas da prefeitura.

O desconhecimento dos serviços destinados para os imigrantes pelos profissionais de saúde prejudica a avaliação sobre se a problemática dos encaminhamentos reside na falta de serviços ou no desconhecimento deles. De qualquer forma, o fato de o mapeamento de imigrantes não traduzir a realidade dessa população torna difícil articular políticas nesse direcionamento.

Na subcategoria *Redes de atenção*, o discurso dos participantes revelou que os profissionais se preocupam com o seguimento do atendimento prestado no hospital, para além da área da saúde, evidenciando a importância de atuação entre setores para prestar assistência de qualidade para o imigrante:

[...] Poderia ajudar nessa linha de Cuidado, encaminhar para Centro de Referência e fazer um levantamento das instituições de apoio... Juntar essa informação (EP3)

[...] Porque logo no início a gente tinha dificuldade assim, quando a pessoa era sozinha, ou era expulsa de alguma oficina de costura, enfim, não podia voltar pra lá, às vezes a gente tinha

dificuldade pra onde encaminhar. Tinha que acabar encaminhando, pra centro de acolhida, pra albergue na época, hoje é centro de acolhida. Que é uma rotina que eles não tão acostumados. (EP5)

[...] A Casa do Imigrante, eu caminho bastante e Missão Paz. São duas associações que eu caminho bastante. Missão Paz, que tem apoio jurídico de orientação, e a Casa do Imigrante, que é mais vinculado, que eles me orientaram para trabalho. (EP10)

Na Saúde, a rede é compreendida como uma organização de relações dos serviços de saúde entre seus equipamentos, ou articulação de pessoas ou ações de saúde, que interagem no sentido de garantir o cuidado. Portanto, a rede tem função de possibilitar a continuidade da assistência inicial, por meio do acesso a intervenções necessárias em outros momentos ou em outros locais (pontos da rede), de maneira que o paciente seja atendido na integralidade de suas necessidades (AMARAL; BOSI, 2017).

O imigrante, na complexidade da assistência, muitas vezes necessita do amparo de outros setores públicos ou organizações não governamentais ligadas à problemática da migração.

Baeninger *et al.* (2018) chamam a atenção para a intersectorialidade e interculturalidade como preceitos éticos, no sentido de promover o diálogo entre povos de diversas culturas, na proteção das diversidades, habilidades e conhecimentos. Entendem que é preciso sensibilizar a opinião pública, as instituições e as empresas sobre a importância da acolhida da população migrante na superação de preconceitos.

O município de São Paulo, considerado polo de trabalho, atrai muitos imigrantes, e vem desenvolvendo políticas específicas para essa população, no entendimento de que ações, projetos e programas tenham, essencialmente, a participação dos diversos setores públicos. A Política Municipal de Atenção à População Imigrante foi instituída em 2016, está calcada nos direitos humanos, baseia-se na transversalidade e intersectorialidade e prevê que ocorram ações nas secretarias do município (STEFFENS; MARTINS, 2016).

Ventura e Yujra (2019 p. 10) acrescentam que a inclusão dos imigrantes requer o fortalecimento e ampliação de demandas intersectoriais, em relação às

diferenças culturais e sociais, incluindo-se o cuidado dos processos saúde-doença.

As redes e as políticas de atenção aos imigrantes no município de São Paulo estão sendo executadas e demandam a publicização das ações, para que possam ser aprimoradas a partir de sua prática, função que cabe aos profissionais dos diversos serviços públicos, dando visibilidade e reforçando essa rede intersetorial.

4.3.2.3 Núcleo temático 3: Abordagem dos processos educativos - Entrevistas semiestruturadas

No Núcleo temático 3, Abordagem dos processos educativos, emergiu a categoria **Práticas educativas**, apresentada no quadro 8.

Quadro 8. Destaque Núcleo temático: Abordagem de processos educativos - Entrevistas

ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS
NÚCLEO TEMÁTICO 3: ABORDAGEM DE PROCESSOS EDUCATIVOS
1. Categoria: Práticas educativas

Fonte: Dados da pesquisa.

Os participantes das entrevistas, ao desenvolverem a categoria **Práticas educativas**, fizeram referência à elaboração de ações educativas em relação aos imigrantes, na garantia de acolhida aos mesmos, como se pode verificar nos discursos abaixo:

[...] Deveria ter um programa específico para o imigrante... Mesmo capacitação dos Funcionários. Capacitação dos funcionários para saber o que tem no território, a importância de acolher. Por exemplo, muitos profissionais não sabem que eles têm os mesmos direitos que nós os brasileiros, por exemplo, os bolivianos, que tem a parceria com o Mercosul. (EP3)

[...] Acho que assim os principais idiomas, assim, espanhol, inglês assim, pelo fosse interessante os funcionários terem alguma preparação, talvez fosse importante a gente ter um certo, treinamento, conhecimento maior, não só do idioma, como na religião deles e o que é diferente. (EP4)

[...] Eu acredito que a gente deveria fazer um levantamento, o maior número, suponhamos o maior número que vem é boliviano. Então a gente deveria fazer um levantamento e o programa mostrar a cultura deles, o que para eles é importante e o que não é importante, culturalmente falando. (EP12)

Para Ventura e Yujra (2019, p. 11), uma das maneiras de enfrentar as barreiras dos imigrantes no acesso à saúde é sanar um déficit na formação e de informação sobre essa população. A informação deve ser confiável e oferecer reflexão, a partir das produções acadêmicas, procurando responder às necessidades dos imigrantes no âmbito do SUS e qualificar a acolhida no sistema de saúde. Ao tratar as questões sobre idioma, as autoras propõem cursos de capacitação para os trabalhadores de saúde em outros idiomas, os mais comuns entre os usuários imigrantes, como forma de aproximação da população do território.

No trabalho de Arruda-Barbosa, Sales e Souza (2020) sobre a imigração venezuela em Roraima, identificaram que os profissionais de saúde careciam de educação permanente no cuidado com o imigrante e concluíram que essa proposta poderia atenuar os problemas vivenciados com os imigrantes naquele Estado. Reafirmaram ser essencial que o profissional de saúde conheça as necessidades de seus pacientes, que tenha base teórica e técnica para os atendimentos interculturais, o que minimizaria o choque cultural.

Santana e Lotufo Neto (2004), ao implantarem um serviço de saúde mental em São Paulo, realizaram seminários sobre cultura africana, desenvolveram um curso de introdução à cultura brasileira com enfoque nos problemas de socialização do imigrante e um treinamento para as equipes de atendimento, que valorizassem a autonomia dos imigrantes.

Os próprios profissionais apontaram para seu despreparo no acolhimento e mencionaram dois pontos para serem desenvolvidos nos processos formativos sobre os imigrantes, um referente ao estudo de línguas e outro sobre culturas e hábitos. Reconheceram a impossibilidade de aprender todos os idiomas, caso houvesse uma oferta de cursos de Línguas, mas apontam para a possibilidade de conhecer alguns vocábulos das nacionalidades mais frequentes no território, para a aproximação com os usuários.

Para finalizar, citamos Santana (2018), que reforça a ideia de um planejamento das ações para atendimento aos imigrantes, que deve levar em conta a influência da cultura na saúde e doença. A autora insiste na reflexão que, ao se aplicar os protocolos de maneira universal, não se reconhece a validade cultural das ações de saúde e, se o profissional de saúde não discutir outro modelo de assistência, sempre se baseará naquele que foi aprendido na sua formação, que não é compartilhado pelo imigrante, aumentando o distanciamento entre a demanda e a oferta do serviço, entre o profissional e o imigrante (usuário do serviço).

A autora introduz o termo da humildade cultural, instigando os profissionais a apreciar a cultura como fenômeno dinâmico e a refletir com respeito à diversidade, à individualidade da experiência cultural e seus significados, que devem ser incluídos no projeto terapêutico (SANTANA, 2018).

4.3.3 Correlação dos resultados grupo focal e entrevistas

Na correspondência dos resultados entre grupo focal e entrevistas semiestruturadas, foi possível identificar os mesmos Núcleos temáticos.

No primeiro Núcleo temático 1, Assistência com foco na humanização, tanto no grupo focal como nas entrevistas, os participantes valorizaram aspectos semelhantes acerca dos sentimentos dos imigrantes de medo e insegurança, quando indagados pelos profissionais de saúde sobre questões pessoais, familiares e sociais, dificultando os encaminhamentos e compreensão das necessidades dos pacientes. Os participantes das entrevistas acrescentaram que esse quadro de retraimento pode ser indicativo de sintomas depressivos, decorrentes do deslocamento, marginalização social e/ou condições que vivem no país de acolhida.

Em ambos os grupos da pesquisa, houve relatos de preconceito, com protestos em relação à sobrecarga de trabalho pelos profissionais de saúde, em razão de “atender imigrantes além dos nossos”, ou pela disponibilização de leitos para os imigrantes, ao invés de reservá-los para a população local. Vale lembrar que um dos princípios fundamentais do SUS é a universalidade da assistência, todos têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde.

Os participantes das entrevistas e do grupo focal concordaram com a afirmativa de que as ações de acolhimento, de modo geral, fazem parte de um arcabouço mais pessoal que institucional, há menção de participantes de que o serviço “está tasteando” no acolhimento. Os participantes das entrevistas compreendem que o acolhimento é igual para todos, sem distinção, no entendimento de que todas as pessoas são iguais. Entretanto, há uma questão muito sutil a ser considerada neste posicionamento, que traduz a necessidade de acolher “indistintamente”, mas com o risco de não se estabelecer um acolhimento inclusivo nas singularidades dos imigrantes e na garantia da equidade da assistência.

O contexto sociocultural foi considerado nos dois grupos de pesquisa como fator de relevância para a elaboração de ações de acolhimento; ambos observaram as péssimas condições de trabalho dos imigrantes no mercado informal, principalmente dos bolivianos, sobre os quais referiram a exploração laboral, muito comum dentro do próprio grupo social. Os participantes das entrevistas acrescentaram que essa condição resulta em certa pressão por parte dos empregadores para liberação da alta hospitalar e classificaram esse contexto laboral como de extrema vulnerabilidade, por conta das relações de dependência, isolamento e exploração humana.

Apesar do cenário sociocultural apresentar-se com o mesmo olhar para o grupo focal e para os participantes das entrevistas, os que responderam as entrevistas demonstraram sentirem-se mais impactados com o tema, de modo que os discursos, na análise de conteúdo, foram mais frequentes e carregados de afeto, o que justificou destacar o Cenário cultural como categoria nas entrevistas, enquanto que no grupo focal figurou como subcategoria.

Os participantes das entrevistas abordaram a violência doméstica contra a mulher no contexto social associado a determinadas culturas, o que não foi citado no grupo focal. Na detecção da violência contra a mulher, os profissionais adotaram como conduta a orientação às mulheres quanto à legislação local.

Em relação à diversidade cultural, os participantes do grupo focal e das entrevistas partilharam do mesmo ponto de vista, descrito como elemento essencial a ser compreendido e ponderado no acolhimento aos imigrantes e manejo do tratamento, mesmo porque muitos imigrantes possuem crenças

alternativas para o processo de cura e com variações na concepção de saúde e de doença. Apesar dessa aceitação cultural dos imigrantes, tanto os participantes do grupo focal como os da entrevista mencionaram que nem sempre é possível atender às expectativas neste sentido, as concessões são avaliadas pela equipe e somente quando solicitadas pelos pacientes ou seus familiares.

Ambos os grupos de pesquisa mencionaram o respeito à diversidade religiosa, permitindo a realização de rezas e cerimônias, uma vez que essas não gerem estranhamento para a equipe e demais pacientes, ou sejam extravagantes (ritos com fumaça, por exemplo), por serem inviáveis ao meio hospitalar.

Ainda no Núcleo temático 1, Assistência com foco na humanização, foi identificada a categoria da **Comunicação**; os participantes do grupo focal e das entrevistas partilham do mesmo olhar em relação ao idioma como barreira nos atendimentos, gerando dificuldades de comunicação, que interferem no atendimento assistencial, seja na compreensão dos sintomas ou história da doença, podendo ocasionar demora no atendimento inicial, na condução ou realização de procedimentos e encaminhamentos internos e após a alta hospitalar.

No detalhamento da categoria **Comunicação**, os participantes do grupo focal consideraram preocupante a ausência de orientações nas dependências do hospital, pela falta de placas de sinalização. Mencionaram a utilidade de fixar placas com dois ou três idiomas mais comuns, para orientação do espaço do hospital, instalar balcão de atendimento, demonstrando atenção para a ambiência. Nos relatos dos participantes das entrevistas, o foco foi em desenvolver habilidades para resolver as dificuldades com o idioma, e como forma de lidar com essa limitação, relataram que recorrem a colegas que têm fluência ou certo conhecimento em outras línguas, utilizam-se de aplicativos de tradução ou tentam se comunicar por gestos e mímicas.

Apenas os representantes do GTH's do grupo focal discorreram sobre os sentimentos dos profissionais, referiram angústia em relação aos limites da atuação profissional no atendimento aos imigrantes, por “não saberem o que acontece com os imigrantes quando saem do hospital”. Duas questões foram associadas a esses sentimentos: a empatia dos profissionais de saúde aos imigrantes, com sinais de sofrimento pela condição de vida destes e a ausência

de fluxo para ações de acolhimento, que causam desconhecimento sobre a rede de encaminhamentos, reduzindo as opções de recursos após a alta hospitalar.

A diversidade cultural foi considerada nas duas modalidades de coleta de dados como fator preponderante na elaboração de estratégias de acolhimento. Entretanto, na prática, os participantes das entrevistas verbalizaram que os imigrantes precisam se ajustar às rotinas do hospital, deixando de lado algumas crenças, sendo que, em alguns casos, a orientação se baseia na frase: “aqui se faz assim...”. Esse comportamento foi descrito como forma de orientar o imigrante durante a hospitalização, um ajustamento mais comum quando se refere a hábitos de higiene e cuidado pessoal; do ponto de vista dos entrevistados, não tem conotação de impor uma vontade, é uma maneira de inserir o imigrante na rotina, semelhante a um esclarecimento e orientação inicial.

Essa adaptação à rotina é comum para todos os pacientes, por conta da hospitalização (que uniformiza condutas, regras, vestimentas, alimentação), mas, no caso dos imigrantes, foi citada como uma interferência rotineira, ao admitirem um imigrante no setor, pois, pelo fato de tratar-se de um paciente estrangeiro, que desconhece o funcionamento das “coisas” no Brasil, a orientação torna-se automática.

Considerando o Núcleo temático 2, Cuidado na Atenção hospitalar, verificou-se que os participantes das duas modalidades de pesquisa demonstraram valorizar os **Processos de trabalho**, como fator de relevância no acolhimento aos imigrantes, não emergiram categorias que identificassem práticas que promovessem o envolvimento das equipes, ao contrário, foi caracterizada pela ausência de documentos norteadores para o acolhimento e assistência aos imigrantes.

Nesta categoria, **Processo de trabalho**, para o grupo focal, a ausência de protocolo para o atendimento de imigrantes é identificada indiretamente, por estratégias criadas pelos profissionais, diante das situações que envolvem os imigrantes. São tentativas variadas e de ordem pessoal, inexistente um padrão definido para os procedimentos assistenciais e de acolhimento; já os participantes das entrevistas declararam com clareza a falta de fluxo no acolhimento para a população imigrante, apontaram para a urgência em se estabelecer um fluxo mínimo ou protocolo para que os profissionais de saúde possam sentir-se seguros

nas suas práticas, para que os procedimentos sejam constantes em todos os plantões e equipes envolvidas no atendimento.

Em relação às equipes de trabalho, os representantes dos GTH's do grupo focal referiram tendência para encaminhamentos ao Serviço Social, quando o paciente é imigrante, sendo os assistentes sociais elegidos como os responsáveis pelas orientações aos pacientes e familiares, de maneira a sobrecarregar essa classe profissional. A falta de interação em equipe multiprofissional foi citada no grupo focal como entrave nos atendimentos, pois resulta em divergências entre os profissionais, com atitudes unilaterais, tensões internas na equipe e desmotivação no trabalho. Os posicionamentos “mal resolvidos” vão se avolumando na equipe, pois nenhuma conversa de conciliação é realizada, mantendo-se condutas pela força da palavra, gestos e ações arbitrárias.

Ao contrário do grupo focal, os participantes das entrevistas ressaltaram a importância do atendimento em equipe multiprofissional, como alternativa para o acolhimento, em decorrência da complexidade que requer a atenção ao imigrante.

Na análise dos resultados, verificou-se que o grupo focal expressou preocupação com a falta de apoio dos gestores, seja o local ou de instâncias superiores, para implantação dos programas de humanização e acolhimento. Os representantes GTH's do grupo focal mantêm relacionamento próximo com esses gestores e são responsáveis pela implantação de projetos nos hospitais, diferente dos profissionais de saúde participantes das entrevistas, que se encontram mais voltados para a assistência direta aos usuários. Em razão dessa diferença de papéis, é possível que o assunto seja mais pertinente ao grupo focal.

Essa proximidade dos participantes das entrevistas com a assistência pode ter influenciado na percepção sobre a hegemonia do protocolo médico, em situações de urgência e emergência, a conduta a ser seguida pela equipe parte do olhar do médico, do protocolo médico, da prescrição, com foco para os sinais e sintomas físicos da doença, sendo que o acolhimento é compreendido como a execução, a realização do procedimento (atender à necessidade física), visão esta que não foi contemplada pelo grupo focal.

Na categoria **Políticas públicas**, houve equivalência nas percepções entre os participantes do grupo focal e entrevistas, quanto à falta de políticas públicas

voltadas para a população imigrante. Referenciaram que as políticas devem ser implementadas na rotina hospitalar de maneira sistematizada e regular. Os participantes da pesquisa acrescentaram a urgência em se estabelecer minimamente um protocolo ou fluxo de atendimento para a população imigrante, visto que o número de usuários de outras nacionalidades tem aumentado no meio hospitalar.

Em relação à rede de assistência, o grupo focal centralizou as discussões sobre a rede de saúde para seguimento após alta hospitalar, principalmente para UBS, pois consideram que a atenção básica reúne condições de acompanhar o imigrante no território, pela proximidade de vínculo entre profissional e usuário que se estabelece nesse serviço. Para os entrevistados, essa rede de seguimento deve envolver os equipamentos da saúde, outras secretarias e organizações não governamentais que atuam no setor de direitos humanos e de imigrantes.

Em relação ao Núcleo temático 3, Abordagem dos processos educativos, tanto no grupo focal, como nas entrevistas, emergiu a categoria **Práticas educativas**.

O dimensionamento de **Práticas educativas** para o grupo focal mostrou-se mais geral e abarcou a sensibilização para o acolhimento em termos conceituais, por entenderem que os profissionais desconhecem essas práticas como próprias da Saúde. Os participantes das entrevistas foram mais específicos ao relatarem suas demandas sobre a formação para o atendimento aos imigrantes, no sentido de acolhê-los na rotina hospitalar e citaram como temas a serem discutidos: a abordagem aos aspectos do idioma, cultura, contexto social, acordos internacionais e direitos. Entendem que conhecer o território do hospital, mapeando os recursos públicos, o volume de imigrantes e as nacionalidades tornaria as capacitações mais eficientes, por contemplarem o público de imigrantes que reside no entorno do serviço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa, foi possível verificar que os profissionais de saúde dos hospitais identificaram a necessidade de estabelecer práticas de acolhimento à população imigrante, no sentido de oferecer assistência de qualidade e resolutiva.

Na percepção dos participantes da pesquisa, alguns aspectos são fundamentais para o acolhimento da população imigrante, como a superação de barreiras com o idioma; compreensão da diversidade cultural, inclusive religiosa; o contexto social, como fator de avaliação social e econômica e na elaboração do projeto terapêutico singular; superação de atitudes preconceituosas, que repercutem nas intervenções ou no modo de pensar a problemática do imigrante. Há o reconhecimento que a migração se configura como condição de vulnerabilidade social, com especificidades na atenção em saúde e exige intervenção de caráter multiprofissional.

As iniciativas de acolhimento à população imigrante mostraram-se pautadas em conceitos ainda elementares da humanização. Como política apresenta características conceituais preliminares, com visão de paternalismo ou assistencialismo, configuram-se como ações do campo pessoal ou do voluntariado, sendo necessário avançar progressivamente na concepção da humanização, com discussões que envolvam os gestores e os profissionais para mudança de modelos e cultura local.

A educação permanente tem papel fundamental nesse processo de reflexão sobre o trabalho, pois aproxima as questões da prática e da teoria, propiciando novas formas de intervenção em saúde, na construção de um projeto coletivo de acolhimento, inclusive na implantação de ações efetivas e institucionalizadas de acolhimento.

Da caracterização dos profissionais de saúde, resultou que a maioria da amostra foi de participantes do sexo feminino, tanto no grupo focal como nas entrevistas, com média de idade 45 anos, compondo-se por categorias profissionais diversas, próprias da saúde, a maior parte de especialistas de nível superior, com experiência no âmbito da Saúde superior a dez anos.

Com relação ao objetivo de identificar práticas instituídas no hospital, que promovam o envolvimento das equipes no acolhimento aos imigrantes, na pesquisa não emergiu categoria que respondesse a esse objetivo, de forma a verificar-se uma lacuna no acolhimento aos imigrantes nas unidades hospitalares.

Do ponto de vista institucional, para os profissionais de saúde e representantes de GTH's, o atendimento humanizado aos imigrantes carece de fluxos e/ou protocolos próprios, que contemplem o acolhimento aos imigrantes, no direcionamento do atendimento sistematizado que regule os procedimentos, independente dos plantões no hospital.

A ausência de linha de cuidado aos imigrantes permite que a prática assistencial fique à mercê da disponibilidade dos profissionais no momento da atuação, pois não há um documento norteador de referência sobre o qual os profissionais de saúde possam recorrer no caso de dúvidas. Vale lembrar que protocolos, fluxos e documentos norteadores são práticas habituais no âmbito da Saúde, pois referenciam os procedimentos técnicos.

Considerou-se que os participantes da pesquisa demonstraram sensibilização para o tema, com atitudes mentais positivas em relação aos imigrantes, mas que ainda estão dissociadas das comportamentais. A discussão e reflexão sobre essa problemática pode configurar-se como o ponto de partida na operacionalização de ações que programem o acolhimento assistencial aos imigrantes nas unidades hospitalares.

Diante do que foi levantado neste estudo, como produto de pesquisa, propõe-se a elaboração de um Protocolo de Acolhimento à População Imigrante na Assistência Hospitalar. Este deve contemplar a equipe multiprofissional, direcionar o atendimento em todas as fases da hospitalização, uniformizar os procedimentos, garantir o acesso aos serviços, estabelecer e compartilhar competências profissionais, dimensionar as possibilidades de intervenção e de encaminhamentos na rede de saúde e intersetorial quando necessário.

Acredita-se que o documento possa orientar as práticas de humanização, principalmente nas portas de entrada do hospital. O protocolo, apesar de estabelecer uma normativa, um procedimento, não é um instrumento engessado, que não se altera; ao contrário, precisa ser revisto periodicamente e, assim,

abranger o conceito dinâmico, mutável das relações, das técnicas, dos procedimentos, das necessidades sociais e do próprio território.

O debate sobre a imigração é amplo, o acolhimento no âmbito da saúde hospitalar é apenas uma ponta dessa reflexão, o tema requer envolvimento de diversos setores públicos, na formação de uma rede de atendimento intersetorial. Mesmo no âmbito da saúde, há muito que se explorar, seja no nível de gestão, de programas de saúde e competências profissionais, este trabalho demonstrou que, apesar dos desafios, o campo está aberto para a efetivação do acolhimento como prática institucional.

Na edição do Diário Oficial do município de São Paulo, de 24 de junho de 2020, foi instituído o I Plano Municipal para os Imigrantes (2021-2024), como um dos resultados da 2ª Conferência Municipal de Atenção à População Imigrante e contempla ações nas diversas áreas do setor público, com enfoque na diversidade cultural, proteção dos direitos humanos, combate à xenofobia e intolerância religiosa, trabalho, educação, mulheres e ensino da língua portuguesa, e contará com o apoio técnico ACNUR e da Organização Internacional para Migrações (OIM).

O I Plano Municipal para os Imigrantes vem reafirmar que o campo da pesquisa ainda tem desdobramentos por vir, o compromisso do protocolo de atendimento é apenas uma das possibilidades produzidas por esse estudo e abre a possibilidade para novas ações na conscientização sobre a temática do imigrante e saúde.

REFERÊNCIAS

ABDALA, C. A. **As representações sociais da promoção da saúde e suas articulações com as práticas profissionais na estratégia da saúde da família**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2014.

ABRAHÃO F. *et al.* Homens imigrantes bolivianos residentes na zona central do município de São Paulo: situação de moradia e saúde. **REVISA**. 2020; 9(1): 97-108. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/478>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ADAMY, E. K. *et al.* Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar; relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 8, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1924/1876>. Acesso em: 20 maio 2019.

AGUIAR, B. S.; NEVES, H.; LIRA, M. M. T. A. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. **Boletim CEInfo Análise**, São Paulo, ano X, n. 13, 2015.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS. Protegendo refugiados no Brasil e no mundo. Brasília: UNHCR/ACNUR, 2018. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Protegendo-Refugiados-no-Brasil-e-no-Mundo>. Acesso em: 05 jun. 2020.

ALISSON, E. **Imigrantes chegam a mais cidades brasileiras**. São Paulo: Agência FAPESP, 2018. Disponível em: <http://agencia.fapesp.br/imigrantes-chegam-a-mais-cidades-brasileiras/27556/>. Acesso em: 06 jul. 2020.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 424-434, 2017.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000300007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 maio 2019.

ARRUDA-BARBOSA, L. de; SALES, A. F. G.; SOUZA, I. L. L. de. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 1-11, 2020.

AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL. **Relatório interno**. São Paulo: AHM, 2011.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 427–434, 2005.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 132–135, 2006.

BADUY, Rossana S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 295-304, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000200011&script=sci_arttext. Acesso em: 05 maio 2019.

BAENINGER, R. *et al.* (org.). **Migrações Sul-Sul**. 2. ed. Campinas: Nepo/Unicamp, 2018. Disponível em: <https://nempsic.paginas.ufsc.br/files/2015/02/LIVRO-MIGRA%C3%87%C3%95ES-SUL-SUL.pdf>. Acesso em: 22 maio 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, *et al.* Discurso de enfermeiros e médicos sobre a utilização do serviço de emergência por imigrantes. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 1-9, 2019.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 9-19, 1995. Edição especial.

BERTINELLI, L. A.; Waskiewicz, J.; ERDMANN, A. L. Humanização no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, 2003.

BÍBLIA, A. T. Gênesis. *In*: BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**: nova versão internacional. São Paulo: Editora Vida, 2000 p. 30-31.

BÍBLIA, A. T. Êxodo. *In*: BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**: nova versão internacional. São Paulo: Editora Vida, 2000. p. 44.

BÍBLIA, A. T. Rute. *In*: BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**: nova versão internacional. São Paulo: Editora Vida, 2000. p. 207.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00108116.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80. Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>. Acesso em: 09 out. 2019.

BORGES, V.; ALCANTARA, L. A. C.; CAMPOS, G. R. A indiferença da humanidade para com os refugiados da terra: uma problemática ético-política da atualidade. **Revista Debates Insubmissos**, v. 2, n. 4, p. 60-72. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/debatesinsubmissos/article/view/239697>. Acesso em: 01 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização – relatório de atividades 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS2004.pdf>. Acesso em 22 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: www.saude.gov.br/sas. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017. Lei de Migração. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 maio 2017. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BURGATTI, J. C. **A contribuição do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em enfermagem**. 2012. Dissertação (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CARVALHO, L. M. Protocolo multiprofissional de atenção às urgências e emergências para imigrantes nos serviços de saúde. 2019. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, 2019.

CARVALHO, L. A. F. *et al.* A Importância do Protocolo de Atendimento em Emergência Hospitalar L. XVII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XIII Encontro Latino Americano de Pós- Graduação e III Encontro de Iniciação à Docência. **Anais[...]**Taubate, 2009

CASTRO, C. M. DE; OLIVEIRA, R. C.; CUSTÓDIO, M. C. S. Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 59, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) em programas e atenção à mulher em situação de violência**. Brasília: CRP, 2012.

DANTAS, Sylvia Duarte *et al.* Identidade, migração e suas dimensões psicossociais. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, v. 18, n. 34, p. 45-60, 2010.

DANTAS, Sylvia Duarte (org.). **Diálogos interculturais: reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais**. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

DIAS, S.; GON, A. Migração e saúde migração e saúde. **Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde**, Lisboa, v. 1, n. Setembro, p. 15–26, 2007.

DIAS, S. *et al.* Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: Um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. **Arquivos de Medicina**, Lisboa, v. 24, n. 6, p. 253–259, 2010.

DUARTE, M. Mulheres nas margens : a violência doméstica e as mulheres imigrantes. **Sociologia: revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Porto, v. 23, p. 223–237, 2012.

EQUIPE BASE WARMIS. **Convergência das culturas**. Disponível em: <http://Warmis.org>. Acesso em: 09 ago. 2019.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. Relatórios de pesquisa nas Ciências Sociais. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, p. 1-23, 2003.

FONTGALLAND, R. C.; MOREIRA, V. Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. **Memorandum**, n. 23, 32-56, 2012. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/wp-content/uploads/2012/10/fontgallandmoreira01.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2008.

FRANCO, T. B.; MAGAHÃES JÚNIOR., H.M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FRONZA, F. C. A. O.; TEIXEIRA, L. R. Perfil dos profissionais de saúde que trabalham em hospitais: relação entre sintomas musculoesqueléticos e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, ano 8, n. 24, 2010.

- GARCIA, A. V. *et al.* O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar : percepção de usuários , profissionais e gestores. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834 2010.
- GAZZINELLI, M. F.G. *et al.* Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 553-571, 2013.
- GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de classificação de risco**. Belo Horizonte: GBCR, 2017.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- GOMES, A. M. A. *et al.* Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, 2008; v. 42, n. 4, p. 635-42.
- GOULART, B. N. G; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 255-268, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100031&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 22 set. 2019.
- GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 123–129, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2017000100123&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2018.
- KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2014. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/202/213>. Acesso em: 05 abr 2019.
- MARINUCCI, R. Mobilizações de migrantes e refugiados: as lutas pela visibilidade e pelo reconhecimento. **REMHU – Revista Interdisciplinar Mobilidade Humana**, Brasília, Ano XXIV, n. 48, p. 7-10, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v24n48/1980-8585-REMHU-24-48-007>. Acesso em: 10 maio 2019.
- MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26-32, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902018000100026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2018.

- MENIN, M. S. S. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.22, n.1, p. 43-52, 2006.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MONTAGNA, P. Alma migrante. **Revista USP**, São Paulo, n. 114, p. 109-118, 2017.
- MONTAGNA, P. **Alma migrante**. São Paulo: Editora Blucher, 2019.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (org.). **Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades**. São Paulo: Casa de soluções e Editor, 2014.
- NEVES, C. A. B. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 691–693, 2006.
- NOGUEIRA, J. W. S.; RODIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.
- OLIVEIRA, Maxwell F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em administração**. Manual (Pós-graduação) - Universidade Federal de Goiás, Catalão, 2011.
- Organização das Nações Unidas. **Pacto global da migração**. 2017. Disponível em: <https://news.un.org/pt/tags/pacto-global-sobre-migracao>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- PAIVA, Odair da Cruz. **Histórias da (I) migração: imigrantes e migrantes em São Paulo entre o final do século XIX e o início do século XXI**. São Paulo: Arquivo Público do Estado de São Paulo, 2013.
- PENA-VEGA, A.; ALMEIDA, E. P. **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

PESSINE, Leo. Uma reflexão bioética sobre dor, sofrimento e morte. *In*: ALVES NETO, O. *et al.* (org.). **Dor: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 344-352.

QUEIROZ, M. V. O.; PAGLIUCA, L. M. F. Conceito de enfermagem transcultural: análise de seu desenvolvimento em uma dissertação de mestrado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 4, p. 630-637, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672001000400011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 maio. 2019.

ROSA, M. D. *et al.* A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 497-511, 2009. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 dez. 2018.

ROSA, J. A. A emigração angolana para Brasil: imigrantes, estudantes e refugiados. **Aedos**, Porto Alegre, v. 10, n. 23, p. 320–336, 2019.

ROTOLI, A.; COCCO, M. Doença e cultura : suas relações no processo de adoecer. **Revista de Enfermagem**, Frederico Westphalen, v. 2, v.2/3, p. 11–22, 2007.

SANTANA, C. Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. e00098818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n11/1678-4464-csp-34-11-e00098818.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

SANTANA, C. L. A.; LOTUFO NETO, F. Psicodinâmica e cultura; a implantação de um programa de saúde. *In*: DEBIAGUI, S. D.; PAIVA, G. J. (org). **Psicologia, e/imigração e cultura**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 165-190.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: SMS, 2002.

SÃO PAULO (Cidade). Lei nº 16.478, de 08 de Julho de 2016. **Diário Oficial [do] Município de São Paulo**, Executivo, São Paulo. 09 de jul. 2016. p1.

SÃO PAULO COSMÓPOLIS. **Imigrantes em São Paulo: diagnóstico do atendimento à população imigrante no município e perfil dos imigrantes usuários de serviços públicos**. São Paulo: Instituto de Relações Internacionais -USP, 2017. Disponível: <http://143.107.26.205/documentos/eBook%20Cosmopolis.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação- CEInfo. **Boletim CEInfo Saúde em Dados**, São Paulo, ano XVIII, n, 18, 2019.

SAYAD, A. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1998.

- SILVA, D. F. O fenômeno dos refugiados no mundo e o atual cenário complexo das migrações forçadas. **Revista Brasileira Estudos de População**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 163–170, 2017.
- SILVA, L. M. M.; LIMA, S. S. Os imigrantes no Brasil, sua vulnerabilidade e o princípio da igualdade. **Revista Brasileira de Políticas Públicas (Online)**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 384-403, 2017.
- SILVA, S. A. **Faces da latinidade: hispano-americanos em São Paulo**. Campinas: Nepo, 2008.
- SOKEN, D. S. Brasil e Bolívia: a mulher como força de trabalho e o processo de acumulação capitalista na dinâmica do circuito comercial transfronteiriço. 2016. Tese (Doutorado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-19012017-124650/pt-br.php>. Acesso em: 10 maio 2020.
- STEFFENS, I.; MARTINS, J. “Falta um Jorge”: a saúde na política municipal para migrantes de São Paulo (SP). **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452016000200275&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 maio 2020.
- TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.
- VENTURA, M. Imigração, saúde global e direitos humanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 1–3, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n4/e00054118/pt>. Acesso em: 19 out. 2018
- VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde de migrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019.
- VIANNA, L. A. C. **Processo saúde-doença: especialização em saúde da família**. São Paulo: Una-SUS UNIFESP, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf. Acesso em: 02 abr. 2019.
- VILLEN, P. Imigração e racismo na modernização dependente do mercado de trabalho. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 34, p.126-142, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/l/article/view/25762/pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- WACHELKE, J. F. R; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia**, San Juan, v. 41, n. 3, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n3/v41n3a13.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2020.

Waldow, V. R. **Cuidado humano**: resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

WILLIAMS, D. R; PRIEST, N. Racismo e saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 17, n. 40, 2015, p. 124-174. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222015000300124&script=sci_abstract&tIng=pt. Acesso em: 01 jul. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Convite para participação (grupo focal)

Elena Mitie Miranda Kawabata Inoue

Enviado em:	sexta-feira, 19 de julho de 2019 12:03		
Para:	Lorena Martinez Barrales; Marineusa Jesus Ferreira Bastos; Elaine Luiza Ragazini; Bruna de Almeida Guimarães		
Assunto:	Grupo Focal - Acolhimento aos Imigrantes		
Controle:	Destinatário	Entrega	Ler
	Lorena Martinez Barrales	Entregue: 19/07/2019 12:03	Lida: 22/07/2019 07:53
	Marineusa Jesus Ferreira Bastos		
	Elaine Luiza Ragazini		
	Bruna de Almeida Guimarães		

Aos coordenadores de GTH

Bom dia,

Tenho a aprovação para desenvolvimento de pesquisa, Mestrado, com o título: SUS Para Todos – Um Estudo sobre as Ações de Acolhimento junto a população imigrante nos Hospitais da AHM do município de São Paulo. Por tratar-se de um programa de mestrado profissional, todas as pesquisas devem gerar um produto que possa ser implantado na AHM.

Será realizado em dois momentos, o primeiro é um Grupo Focal para discutir as questões acerca do Acolhimento aos imigrantes nos hospitais.

Gostaria de convidá-lo a participar do Grupo Focal, em função da sua participação nos processos de Humanização da unidade, na expectativa de implantar um produto que atenda às necessidades dos territórios.

Grupo de Discussão: Acolhimento aos Imigrantes nos Hospitais de São Paulo
Dia 20/08/2019 – 9 hs Sede/AHM – Rua Frei Caneca, 1398/1402 – 11^º
Condução: Elena Mitie M. K. Inoue.

Para dar subsídio para o grupo gostaria que estendesse esse convite para mais duas pessoas da sua unidade, que façam parte do GTH.

Aguardo seu retorno, desde já agradeço sua disponibilidade.



Elena Mitie M. Kawabata Inoue
 Coordenadora
 DGP/Desenvolvimento
 einoue@prefeitura.sp.gov.br

Autarquia Hospitalar Municipal
 55 11 3394-6579
 Rua Frei Caneca, 1398 - 7º Andar - Lado A
 Consolação - São Paulo - Cep: 01307-002

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre esclarecido (grupo focal)

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE ACOLHIMENTO A IMIGRANTES NOS HOSPITAIS DA AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO PAULO.

Pesquisador (a): Elena Mitie Miranda Kawabata Inoue

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada SUS Para Todos: Estudo das Ações de Acolhimento a Imigrantes nos Hospitais da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo, que tem como objetivo identificar a percepção dos profissionais da Saúde em relação ao seu papel no atendimento. Será verificado como os profissionais envolvidos no atendimento ao imigrante percebem as ações de acolhimento dirigidas a essa população no contexto da assistência. Como ferramenta de pesquisa será utilizado o Grupo Focal com os membros do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), que é composto por servidores da AHM que desenvolvem ações estratégicas em relação às ações de humanização e acolhimento nas unidades hospitalares. O grupo focal será realizado por um facilitador e um relator, com base em roteiro pré-definido, que versará acerca da percepção dos participantes sobre a assistência hospitalar e acolhimento oferecida aos imigrantes nas unidades de urgência/emergência ou internação dos hospitais sob gestão da Autarquia Hospitalar Municipal. A sua participação nesse estudo limita-se à participação no Grupo Focal. Existe o risco de que algumas perguntas gerem desconforto ou constrangimento quando estiver participando da atividade grupal, como também pelo fato de tratar-se de estudo que trata de questões sobre o seu trabalho e mesmo pelo afastamento temporário de suas atividades profissionais. A principal investigadora é a pesquisadora Elena Mitie Miranda Kawabata Inoue, que pode ser encontrada no endereço: Rua Frei Caneca, 1398/1402, 7º andar, Consolação, São Paulo - SP, 01311-200, telefone: (11) 3394-6579, (11) 97171-4428, e-mail: kawabataelena@gmail.com; assim como a sua orientadora Dra. Rita Maria Lino Tarcia, também está à disposição para atendê-lo no endereço eletrônico rtarcia@uol.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp – Rua Prof. Francisco de Castro, 55 – CEP: 04020-050 – Vila Clementino – Telefone: (11) 5571-1062, Fax: (11) 5539-7162 – E-mail: cep@unifesp.edu.br. É garantida a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem penalização alguma. Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a sua identificação ou a de outros participantes em nenhum momento, sendo-lhe garantido o direito de confidencialidade. A qualquer momento, se for de seu interesse, poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do estudo que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Quando o estudo for finalizado, será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidos

na pesquisa. Não haverá nenhuma compensação financeira relacionada a sua participação neste estudo. Da mesma forma, não haverá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo. O pesquisador responsável assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa e para finalidades de ensino e divulgação, dentro das normas vigentes, bem como publicação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais. Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas, sendo que uma ficará com o participante e a outra com os pesquisadores. Este trabalho de pesquisa cumprirá o que rege a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda pesquisas que envolvem seres humanos

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa SUS Para Todos: Estudo das Ações de Acolhimento a Imigrantes nos Hospitais da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo. Eu discuti com a pesquisadora Elena Mitie Miranda Kawabata Inoue sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Data: ___/___/___

Nome do participante

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste respondente (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro, ainda, que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Data: ___/___/___

Elena Mitie Miranda Kawabata Inoue

Pesquisador Responsável

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre esclarecido (entrevistas semiestruturadas)

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE ACOLHIMENTO A IMIGRANTES NOS HOSPITAIS DA AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO PAULO.

Pesquisador (a): Elena Mitie Miranda Kawabata Inoue

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada SUS Para Todos: Estudo das Ações de Acolhimento a Imigrantes nos Hospitais da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo, que tem como objetivo identificar a percepção dos profissionais da Saúde em relação ao seu papel no atendimento. Será verificado como os profissionais envolvidos no atendimento ao imigrante percebem as ações de acolhimento dirigidas a essa população no contexto da assistência. Como ferramenta de pesquisa será realizada entrevista semiestruturada, com os servidores que exercem assistência direta aos usuários, com roteiro pré-definido, que versará acerca da percepção dos participantes sobre a assistência hospitalar e acolhimento oferecida aos imigrantes nas unidades de urgência/emergência ou internação dos hospitais sob gestão da Autarquia Hospitalar Municipal. A sua participação nesse estudo limita-se à participação na entrevista semiestruturada. Existe o risco de que algumas perguntas gerem desconforto ou constrangimento quando estiver participando da entrevista, como também pelo fato de tratar-se de estudo que trata de questões sobre o seu trabalho e mesmo pelo afastamento temporário de suas atividades profissionais. O estudo será desenvolvido em quatro unidades hospitalares, consideradas as de maior complexidade assistencial e volume de atendimento, sendo o H.M. Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto, Ermelino Matarazzo; H.M. Dr. Carmino Caricchio, Tatuapé; H.M. Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, Campo Limpo e H.M. Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, no Jabaquara.

A principal investigadora é a pesquisadora Elena Mitie Miranda Kawabata Inoue, que pode ser encontrada no endereço: Rua Frei Caneca, 1398/1402, 7º andar, Consolação, São Paulo - SP, 01311-200, telefone: (11) 3394-6579, (11) 97171-4428, e-mail: kawabataelena@gmail.com; assim como a sua orientadora Dra. Rita Maria Lino Tarcia, também está à disposição para atendê-lo no endereço eletrônico rtarcia@uol.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp – Rua Prof. Francisco de Castro, 55 – CEP: 04020-050 – Vila Clementino – Telefone: (11) 5571-1062, Fax: (11) 5539-7162 – E-mail: cep@unifesp.edu.br. É garantida a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem penalização alguma. Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a sua identificação ou a de outros participantes em nenhum

momento, sendo-lhe garantido o direito de confidencialidade. A qualquer momento, se for de seu interesse, poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do estudo que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Quando o estudo for finalizado, será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidos na pesquisa. Não haverá nenhuma compensação financeira relacionada a sua participação neste estudo. Da mesma forma, não haverá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo. O pesquisador responsável assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa e para finalidades de ensino e divulgação, dentro das normas vigentes, bem como publicação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais. Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas, sendo que uma ficará com o participante e a outra com os pesquisadores. Este trabalho de pesquisa cumprirá o que rege a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que abordam pesquisas que envolve seres humanos

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa SUS Para Todos: Estudo das Ações de Acolhimento a Imigrantes nos Hospitais da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo. Eu discuti com a pesquisadora Elena Mitie Miranda Kawabata Inoue sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

data: ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

assinatura

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste respondente (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro, ainda, que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

data: ____/____/____

Elena Mitie Miranda Kawabata Inoue
Nome do pesquisador

Assinatura

APÊNDICE D – Perfil sociodemográfico

SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE ACOLHIMENTO A IMIGRANTES NOS HOSPITAIS DE SÃO PAULO

Perfil sociodemográfico

1. Nome (opcional): _____
2. Indique seu gênero: _____
3. Idade
 - 20 anos ou menos
 - 21 a 25 anos
 - 26 a 30 anos
 - 31 a 35 anos
 - 36 a 40 anos
 - 41 a 45 anos
 - 46 a 50 anos
 - 51 a 55 anos
 - 56 a 60 anos
 - 61 a 65 anos
 - mais de 65 anos
5. Formação Profissional Graduação: _____
Pós-graduação não sim Qual _____
5. Tem conhecimento em língua estrangeira? Não Sim, qual? _____
6. Como você classifica seu conhecimento na língua estrangeira?
 - a) Compreende: mal regular bem ótimo
 - b) Escreve: mal regular bem ótimo
 - c) Lê: mal regular bem ótimo
7. Quanto tempo trabalha na área da saúde?
8. Quanto tempo trabalha neste hospital?

APÊNDICE E – Roteiro para reunião (grupo focal)

SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE ACOLHIMENTO A IMIGRANTES NOS HOSPITAIS DE SÃO PAULO

Roteiro para reunião de grupo focal

1. Dar boas-vindas, agradecer pela presença
2. Explicar o objetivo do grupo
3. Explicar sobre os equipamentos de gravação e a confiabilidade
4. Solicitar a apresentação de todos (Profissão, tempo de atuação, Município de atuação/bairro)
5. Garantir a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
6. Explicar sobre a técnica do grupo focal
7. Reforçar a importância da participação de todos
8. Abrir para esclarecer dúvidas
9. Iniciar a reunião perguntando:
 - Conte um pouco sobre a experiência de vocês em relação à participação da humanização nas unidades, no que se refere ao atendimento à população imigrante.
 - No seu território de abrangência há predominância de algum grupo de imigrantes? Quais são, alguma característica que chama a atenção?
 - Falem um pouco como compreendem a situação da população de imigrantes.
 - Gostaria que vocês refletissem quanto as ações de acolhimento à população imigrante na unidade hospitalar, como são realizadas?
 - O que acreditam ser necessário para o acolhimento à população imigrante?
 - Quais fatores que vocês acreditam que pode interferir no relacionamento com o imigrante?
 - Como o acolhimento poderia ser desenvolvido nas unidades da AHM.

APÊNDICE F – Roteiro para entrevista semiestruturada

SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE ACOLHIMENTO A
IMIGRANTES NOS HOSPITAIS DA AUTARQUIA HOSPITALAR DE SÃO
PAULO

Roteiro para entrevista semiestruturada

1. Dar boas-vindas, agradecer pela participação
2. Explicar sobre os equipamentos de gravação e a confiabilidade
3. Solicitar a apresentação de todos (Profissão, tempo de atuação, Município de atuação/bairro)
4. Garantir a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
5. Explicar sobre a entrevista semiestruturada. Perguntar se tem dúvidas, antes de iniciar a entrevista
 1. No seu território de abrangência há predominância de algum grupo de imigrantes?
 2. Conte um pouco sobre a experiência de atendimento à população imigrante.
 3. Como é realizado o acolhimento aos imigrantes que procuram a sua unidade para atendimento (fluxos, profissionais) ? Percebe dificuldades no atendimento
 4. O acolhimento existe no percurso de toda a linha de cuidado (da chegada até os encaminhamentos) na sua unidade?
 5. Quanto às facilidades e dificuldades que enfrentam no acolhimento à população imigrante, como descreveria?
 6. Como lidam com as dificuldades? O que acreditam ser necessário para o acolhimento à população imigrante?
 7. Como o acolhimento poderia ser desenvolvido?
 8. Recebeu alguma orientação ou treinamento para atendimento no acolhimento a imigrantes? Como se deu essa orientação?
 9. Para realizar o atendimento/acolhimento o que considera fundamental para prestar a assistência?

ANEXO A – Comitê de ética em pesquisa – UNIFESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE ACOlhIMENTO A IMIGRANTES NOS HOSPITAIS DA AUTARQUIA HOSPITALAR DE SÃO PAULO

Pesquisador: ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10827419.6.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.374.634

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0328/2019 (parecer final)

Trata-se de projeto de Mestrado de ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Rita Maria Lino Tarcia.

Projeto vinculado ao CEDESS, Campus São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1269041.pdf, postado em 01/04/2019)

APRESENTAÇÃO: Este projeto tem por objetivo identificar a percepção dos profissionais da Saúde em relação ao seu papel no atendimento à população migrante que acessa os serviços. O estudo será realizado em quatro unidades hospitalares da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo, considerados de maior complexidade assistencial e volume de atendimento, sendo o H.M. Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto, Ermelino Matarazzo; H.M. Dr. Carmino Caricchio, Tatuapé; H.M. Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, Campo Limpo e H.M. Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, no Jabaquara.

O estudo será realizado por meio de um Grupo Focal com os membros do Grupo de Trabalho de Humanização, composto por servidores da AHM que desenvolvem ações estratégicas em relação

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.374.634

às ações de humanização e acolhimento nas unidades hospitalares. A condução do Grupo Focal conta com um facilitador e um relator, com roteiro pré-definido, tendo como foco o levantamento de questões acerca da percepção dos participantes da condição dos imigrantes nas unidades de urgência/emergência ou internação. O trabalho com o Grupo Focal possibilita organizar entrevistas semiestruturadas, com os servidores que exercem assistência direta aos usuários, de modo a elucidar e identificar as percepções da assistência em relação aos imigrantes, revelando as ações comportamentais e mentais nesse contexto de imigração e saúde, o que pode contribuir para a construção de estratégias e meios que acolham a população de acordo com suas características de interculturalidade. Bem como aprimorar o cuidado para essa população, em atendimento ao que preconiza a Política Municipal para a População Imigrante. Ao verificar a percepção de tais práticas, será possível realizar ações de Educação em Saúde, no sentido de incrementar a assistência de modo contínuo e resolutivo.

HIPÓTESE: As questões que envolvem esta pesquisa relacionam-se a atenção aos imigrantes na relação com o atendimento na saúde nas unidades hospitalares. Muitas dificuldades são observadas nesse relacionamento, entretanto, as iniciativas dos serviços estão focadas nas dificuldades da comunicação, em relação à língua. A interculturalidade parece não se destacar como característica assistencial, fator este que tem caráter resolutivo no processo saúde-doença.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Identificar a percepção dos profissionais da Saúde em relação ao seu papel no atendimento.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- Identificar as ações de Acolhimento nas unidades hospitalares da AHM em relação ao imigrante, com o intuito de fomentar o cuidado para essa população.
- Caracterizar as ações de Acolhimento dos hospitais AHM ao Imigrante.
- Identificar práticas que promovam o envolvimento das equipes no acolhimento ao imigrante de modo contínuo, através da Educação em Saúde.
- Correlacionar as ações existentes para acolhimento da população imigrante com a Política Municipal para a população Imigrante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

RISCOS: Considerando o aspecto da pesquisa, o risco é transitório, em relação à aspectos

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.374.634

psicológicos, no sentido de causar constrangimento inicial, permeado pelo estigma da confidencialidade, por tratar-se de vínculos e de relacionamentos na assistência e no trabalho em equipe. Em relação ao qual o pesquisador deve se preparar em relação a abordagem e desenvolver estratégias para acomodar o relacionamento com o participante da pesquisa.

BENEFÍCIOS: Com a pesquisa espera-se que propicie novos modelos de abordagem aos imigrantes, de maneira a facilitar e ampliar as possibilidades de intervenção junto a esta população, na compreensão das suas demandas, como também auxiliar a equipe assistencial no manejo das questões da interculturalidade que perpassam a assistência hospitalar na internação, e na urgência e emergência, pautado nos princípios do SUS e humanitários

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: qualitativo.

LOCAL: quatro hospitais da Autarquia Hospitalar Municipal (Hospital Municipal Prof. Dr. Alipio Corrêa Netto, em Ermelino Matarazzo; Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio, no Tatuapé; Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya, Jabaquara; Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, Campo Limpo).

PARTICIPANTES: 25 servidores das unidades hospitalares que realizam atendimento assistencial, da equipe multiprofissional, seja na urgência e emergência ou internação.

Critério de Inclusão: Profissionais que estejam envolvidos nos programas de Humanização e Profissionais dos hospitais municipais da Autarquia Hospitalar Municipal (os citados no projeto) que atuem na assistência aos usuários, seja na internação e atendimento de urgência e emergência.

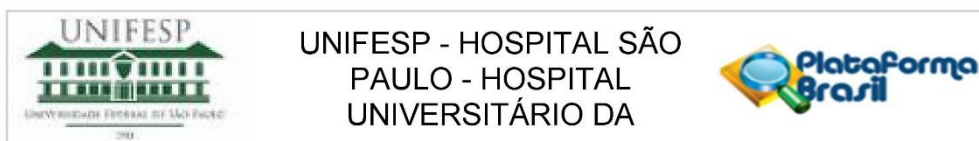
Critério de Exclusão: Gestores e profissionais administrativos das unidades hospitalares da Autarquia Hospitalar Municipal, que não estejam vinculados com a assistência aos usuários.

PROCEDIMENTOS:

A pesquisa constará de três etapas:

- Análise documental, do documento da Política Municipal de Acolhimento à População Imigrante; documentos que sustentaram a política um tipo de pesquisa que tem a finalidade de extrair dos documentos, conhecimentos para compreensão dos fenômenos que o envolveram seu desenvolvimento, de maneira a examiná-lo na busca de informações complementares.
- O Grupo Focal será utilizado de forma combinada para reunir informações mais detalhadas sobre o tema, através de um debate aberto, baseado na comunicação e interação, a atenção é voltada para a percepção, crenças, atitudes dos participantes, com vista ao detalhamento da proposta de

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.374.634

pesquisa. A atividade será gravada, contará com um facilitador e um relator na condução do grupo.

- A entrevista semiestruturada, será utilizada na coleta de dados junto aos profissionais dos quatros hospitais indicados. Consiste na abordagem a partir de um roteiro de perguntas, abertas e fechadas, no qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o assunto (BONI & QUARESMA, 2005). Na aplicação da entrevista o entrevistador deve estar atento tanto para não dispersar o assunto, como elaborar novas questões para esclarecer pontos obscuros ou que justifiquem o aprofundamento do tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.

2-TCLE a ser aplicado aos participantes: apresentado pelo pesquisador (Pasta: TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência - Submissão 2; Documento: tcleElena.pdf)

3-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)-Autorização do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya (Pasta: Outros - Submissão 2; Documento: HM_Arthur_R_Saboya_carta_anuencia.pdf).

b)- Autorização do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha (Pasta: Outros - Submissão 2; Documento: HMFernandoMPires_anuencia.pdf).

c)- Autorização do Hospital Municipal Prof. Dr. Alipio Corrêa Netto (Pasta: Outros - Submissão 2; Documento: hmalipio_anuencia.pdf).

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 3317833 de 10 de Maio de 2019. PROJETO APROVADO.

A pesquisadora respondeu através de uma carta, as ações relacionadas as pendências anteriores. Tendo respondidas as pendências, entendo que o projeto pode ser aprovado.

PENDÊNCIA 1. Não foi localizada na documentação a carta de anuência do Hospital Municipal Dr.Carmino Caricchio. Por favor, anexar na Plataforma Brasil.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.374.634

Resposta: Foi incluída a carta de anuência do Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio, como anexo Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA 2. Por favor, enviar o roteiro da entrevista semiestruturada que será aplicada.

Resposta: Foram incluídos dois roteiros (1) Roteiro de Grupo Focal, (2) Roteiro de entrevista semiestruturada e (3) Perfil Sociodemográfico.

PENDÊNCIA 3. É necessário refazer o TCLE e submeter novamente na Plataforma Brasil. Seguir as orientações que constam em http://www.cep.unifesp.br/cep/?page_id=477 (Evite pendências – Problemas com o TCLE veja como elaborar).

Resposta: Foram anexados dois TCLE sendo: (1) Grupo Focal e (2) Entrevista semiestruturada, de acordo conforme orientação, em modelo de carta convite.

PENDÊNCIA 4. Explicitar na metodologia do projeto o número de participantes para o grupo focal e para as entrevistas semiestruturadas

Resposta: Na metodologia e no Desenho o texto foi modificado, para esclarecer o número de participantes para o Grupo Focal e para as entrevistas semiestruturadas. Sendo 08 participantes para o Grupo Focal e 20 para as entrevistas semiestruturadas, sendo 05 em cada unidade Hospitalar.

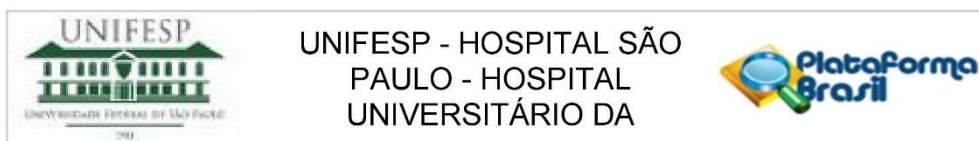
Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1300500.pdf	24/05/2019 15:23:54		Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.doc	24/05/2019 15:23:26	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_entrevista_semiestruturada.pdf	22/05/2019 14:14:00	ELENA MITIE MIRANDA	Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.374.634

Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_semiestruturada.pdf	22/05/2019 14:14:00	KAWABATA INOUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal.pdf	22/05/2019 14:12:55	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Semiestruturada.pdf	22/05/2019 13:55:32	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Roteiro_GrupoFocal.pdf	22/05/2019 13:53:28	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Anuencia_HMCC.pdf	22/05/2019 13:48:16	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	22/05/2019 13:46:37	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	HMFernandoMPires_anuencia.pdf	01/04/2019 11:37:02	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	HM_Arthur_R_Saboya_carta_anuencia.pdf	01/04/2019 11:15:37	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	hmalipio_anuencia.pdf	01/04/2019 11:13:31	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Cadastro.pdf	25/03/2019 22:27:31	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Elena.pdf	21/03/2019 22:01:56	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/03/2019 21:19:43	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



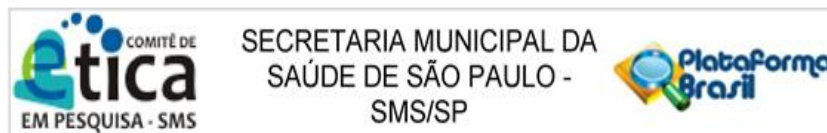
Continuação do Parecer: 3.374.634

SAO PAULO, 06 de Junho de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

ANEXO B – Comitê de ética em pesquisa – SMS (coparticipante)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE ACOLHIMENTO A IMIGRANTES NOS HOSPITAIS DA AUTARQUIA HOSPITALAR DE SÃO PAULO

Pesquisador: ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10827419.6.3004.0086

Instituição Proponente: AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.455.946

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado duas vezes na Plataforma Brasil, que já recebeu o seguinte parecer da SMS/PMSP, entidade coparticipante:

Projeto de pesquisa qualitativa, para obtenção do título de mestre, que coletará dados por meio da realização de grupo focal, entrevistas semi estruturadas e análise documental. Participarão do grupo focal oito (8) membros do Grupo de Trabalho de Humanização (servidores da Autarquia Hospitalar Municipal) que desenvolvem ações voltadas à humanização do atendimento nas unidades hospitalares. A entrevista semi estruturada será realizada com 20 participantes, sendo 05 de cada unidade hospitalar. Será realizada também análise documental da Política Municipal à População Imigrante do Município de São Paulo de 2016. Os hospitais que farão parte da pesquisa são:

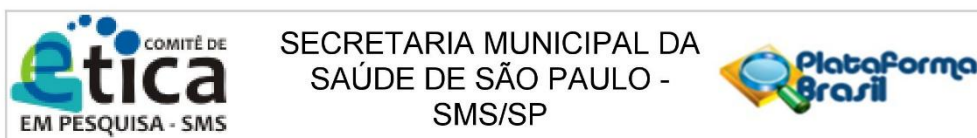
H.M. Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto, H.M. Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, H.M. Dr. Arthur Ribeiro de Saboya e H.M. Dr. Carmino Caricchio.

As entrevistas e o grupo focal serão gravados.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Identificar a percepção dos profissionais da Saúde em relação ao seu papel no atendimento.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.455.946

ESPECÍFICOS:

- Identificar as ações de Acolhimento nas unidades hospitalares da AHM em relação ao imigrante, com o intuito de fomentar o cuidado para essa população
- Caracterizar as ações de Acolhimento dos hospitais AHM ao imigrante.
- Identificar práticas que promovam o envolvimento das equipes no acolhimento ao imigrante de modo contínuo, através da Educação em Saúde.
- Correlacionar as ações existentes para acolhimento da população imigrante com a Política Municipal para a população Imigrante

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos para além do desconforto que algumas pessoas sentem ao participarem de grupos focais e entrevistas, quando percebem a exposição de suas ideias e valores.

Pode haver benefícios para os participantes da pesquisa, na medida em que a metodologia oferece oportunidade para a reflexão sobre seu trabalho.

Também pode haver benefícios, para a população atendida nos hospitais municipais, decorrentes da melhoria das estratégias de atendimento humanizado, que a reflexão provocada pelas estratégias de coleta de dados oportuniza.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com bom embasamento teórico.

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitações de adequação devidamente atendidas.

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

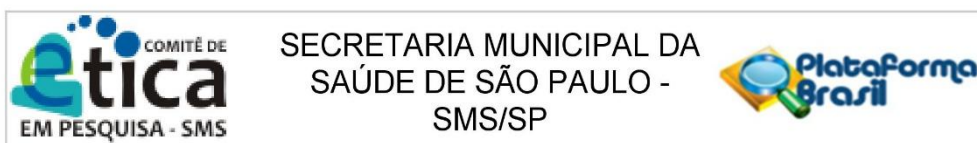
Bairro: Vila Buarque

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.455.946

implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1373900.pdf	02/07/2019 19:16:25		Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP_sms.doc	02/07/2019 19:13:29	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	TCLE_Alteracoes_SMS_Co_part.docx	02/07/2019 19:09:47	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.doc	24/05/2019 15:23:26	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_semiestruturada.pdf	22/05/2019 14:14:00	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal.pdf	22/05/2019 14:12:55	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Semiestruturada.pdf	22/05/2019 13:55:32	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Roteiro_GrupoFocal.pdf	22/05/2019 13:53:28	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Anuencia_HMCC.pdf	22/05/2019 13:48:16	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	22/05/2019 13:46:37	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	HMFernandoMPires_anuencia.pdf	01/04/2019 11:37:02	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

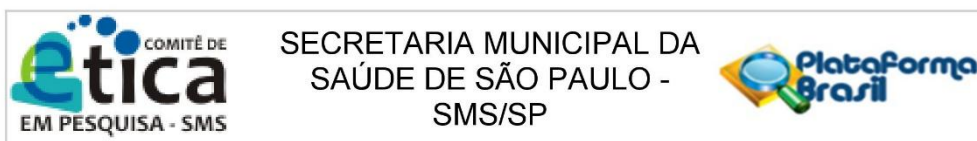
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.455.946

Outros	HM_Arthur_R_Saboya_carta_anuencia.pdf	01/04/2019 11:15:37	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	hmalipio_anuencia.pdf	01/04/2019 11:13:31	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Cadastro.pdf	25/03/2019 22:27:31	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Elena.pdf	21/03/2019 22:01:56	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito

Lista de Instituições deste Projeto Coparticipante

CNPJ	Nome da Instituição
04.995.603/0001-21	AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL
46.395.000/0001-39	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 16 de Julho de 2019

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO C – Comitê de ética em pesquisa – Hosp. Municipal Carmino Caricchio (coparticipante)

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
CARMINO CARICCHIO/ SMS-
SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE ACOLHIMENTO A IMIGRANTES NOS HOSPITAIS DA AUTARQUIA HOSPITALAR DE SÃO PAULO

Pesquisador: ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10827419.6.3001.0073

Instituição Proponente: Hospital Municipal "Dr. Carmino Caricchio"

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.407.690

Apresentação do Projeto:

Claro e conciso. Tem introdução ampla que justifica a pesquisa, explicando sobre a necessidade de intensificar o conhecimento do acolhimento aos imigrantes em situação de assistência hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão claros e focados no problema de pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos aos participantes da pesquisa, que contribuirão para melhorar a assistência ao imigrante hospitalizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente com a realidade onde os hospitais públicos atendem muitas pessoas de outros países, com culturas e linguagem diferenciadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos solicitados foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Celso Garcia, 4815

Bairro: Tatuapé

UF: SP

Telefone: (11)3394-7252

Município: SAO PAULO

CEP: 03.063-000

E-mail: juanghorn@gmail.com

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
CARMINO CARICCHIO/ SMS-
SP



Continuação do Parecer: 3.407.690

Os resultados desta pesquisa deverão ser entregues ao CEP/HMCC.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_Resposta_CEP.doc	24/05/2019 15:23:26	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_semiestruturada.pdf	22/05/2019 14:14:00	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal.pdf	22/05/2019 14:12:55	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Semiestruturada.pdf	22/05/2019 13:55:32	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Roteiro_GrupoFocal.pdf	22/05/2019 13:53:28	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Anuencia_HMCC.pdf	22/05/2019 13:48:16	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	22/05/2019 13:46:37	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	HMFernandoMPires_anuencia.pdf	01/04/2019 11:37:02	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	HM_Arthur_R_Saboya_carta_anuencia.pdf	01/04/2019 11:15:37	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	hmalipio_anuencia.pdf	01/04/2019 11:13:31	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Cadastro.pdf	25/03/2019 22:27:31	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Elena.pdf	21/03/2019 22:01:56	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito

Endereço: Av. Celso Garcia, 4815

Bairro: Tatuapé

CEP: 03.063-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3394-7252

E-mail: juanghorng@gmail.com

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
CARMINO CARICCHIO/ SMS-
SP



Continuação do Parecer: 3.407.690

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Junho de 2019

Assinado por:
Loraine Martins Diamante
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Celso Garcia, 4815

Bairro: Tatuapé

CEP: 03.063-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3394-7252

E-mail: juanghorng@gmail.com

ANEXO D – Comitê de ética em pesquisa – Hosp. Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha (coparticipante)

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL
MUNICIPAL DE CAMPO LIMPO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUS PARA TODOS: ESTUDO DAS AÇÕES DE ACOLHIMENTO A IMIGRANTES NOS HOSPITAIS DA AUTARQUIA HOSPITALAR DE SÃO PAULO

Pesquisador: ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10827419.6.3003.5452

Instituição Proponente: Hospital Municipal de Campo Limpo/ Hosp. Municipal Fernando Mauro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.506.870

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora o estudo pretende ir contribuir para a reflexão das ações de acolhimento, nos hospitais municipais, como uma possibilidade de aprimoramento de conhecimentos e habilidades dos profissionais que prestam atendimento à população imigrante, de acordo com o que se preconiza na Política Municipal à População Imigrante e Política de Humanização. Conhecer essas ações promove a análise sobre os modos de acolhimento, a troca de experiências, as lacunas do acolhimento, possibilita incrementar programas e envolver os profissionais nessa construção de maneira que hajam transformações na prática do cuidado, de maneira coletiva e reflexiva. Esse conhecimento, do lugar da prática e do ensino, da inserção da realidade da comunidade, permite desenvolver condutas em Educação Permanente, de maneira a transformar e qualificar a atenção à saúde e os processos de formação, incentivando a implementação de processos de trabalho na perspectiva intersetorial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral Identificar a percepção dos profissionais da Saúde em relação ao seu papel no atendimento
Objetivos Específicos. Identificar as ações de Acolhimento nas unidades hospitalares da AHM em relação ao imigrante, com o intuito de
fomentar o cuidado para essa população Caracterizar as ações de Acolhimento dos hospitais AHM

Endereço: Estrada de Itapeperica, nº 1661

Bairro: Vila Maracanã

CEP: 05.835-005

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3394-7511

Fax: (11)3394-7512

E-mail: mlramalho@prefeitura.sp.gov.br

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL
MUNICIPAL DE CAMPO LIMPO



Continuação do Parecer: 3.506.870

ao Imigrante. Identificar práticas que promovam o envolvimento das equipes no acolhimento ao imigrante de modo contínuo, através da Educação em Saúde. Correlacionar as ações existentes para acolhimento da população imigrante com a Política Municipal para a população Imigrante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando o aspecto da pesquisa, o risco é transitório, em relação à aspectos psicológicos, no sentido de causar constrangimento inicial, permeado pelo estigma da confidencialidade, por tratar-se de vínculos e de relacionamentos na assistência e no trabalho em equipe. Em relação ao qual o pesquisador deve se preparar em relação a abordagem e desenvolver estratégias para acomodar o relacionamento com o participante da pesquisa.

Com a pesquisa espera-se que propicie novos modelos de abordagem aos imigrantes, de maneira a facilitar e ampliar as possibilidades de intervenção junto a esta população, na compreensão das suas demandas, como também auxiliar a equipe assistencial no manejo das questões da interculturalidade que perpassam a assistência hospitalar na internação, e na urgência e emergência, pautado nos princípios do SUS e humanitários

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema de extrema relevância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados de forma adequada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram realizadas conforme sugerido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1373899.pdf	16/07/2019 20:39:55		Aceito

Endereço: Estrada de Itapeperica, nº 1661

Bairro: Vila Maracanã

CEP: 05.835-005

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3394-7511

Fax: (11)3394-7512

E-mail: mlramalho@prefeitura.sp.gov.br

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL
MUNICIPAL DE CAMPO LIMPO



Continuação do Parecer: 3.506.870

Outros	Carta_Resposta_CEP_HMFMPR.doc	16/07/2019 20:39:22	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Carta_anuencia_HMFMPR_AHM.pdf	16/07/2019 20:34:46	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.doc	24/05/2019 15:23:26	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_semiestruturada.pdf	22/05/2019 14:14:00	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal.pdf	22/05/2019 14:12:55	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Semiestruturada.pdf	22/05/2019 13:55:32	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Roteiro_GrupoFocal.pdf	22/05/2019 13:53:28	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Anuencia_HMCC.pdf	22/05/2019 13:48:16	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	22/05/2019 13:46:37	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	HMFernandoMPires_anuencia.pdf	01/04/2019 11:37:02	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	HM_Arthur_R_Saboya_carta_anuencia.pdf	01/04/2019 11:15:37	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	hmalipio_anuencia.pdf	01/04/2019 11:13:31	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Outros	Cadastro.pdf	25/03/2019 22:27:31	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Elena.pdf	21/03/2019 22:01:56	ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Estrada de Itapecerica, nº 1661
Bairro: Vila Maracanã **CEP:** 05.835-005
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3394-7511 **Fax:** (11)3394-7512 **E-mail:** mlramalho@prefeitura.sp.gov.br

HOSPITAL MUNICIPAL DR.
FERNANDO MAURO PIRES DA
ROCHA / HOSPITAL
MUNICIPAL DE CAMPO LIMPO



Continuação do Parecer: 3.506.870

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 14 de Agosto de 2019

Assinado por:
basilio de almeida milani
(Coordenador(a))

Endereço: Estrada de Itapeperica, nº 1661
Bairro: Vila Maracanã **CEP:** 05.835-005
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3394-7511 **Fax:** (11)3394-7512 **E-mail:** mlramalho@prefeitura.sp.gov.br

ANEXO E – Carta de anuência – Hosp. Munic. Carmino Caricchio

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Autarquia Hospitalar Municipal



São Paulo, 06 de Maio de 2019

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

Pesquisador (a): ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

Orientador (a): Rita Maria Lino Tarcia

Título da pesquisa: SUS para todos: estudo das ações de acolhimento a imigrantes nos hospitais da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo

Declaro, para os devidos fins, que conheço o teor do projeto supracitado e autorizo **ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE** a desenvolver as atividades propostas no **HOSPITAL MUNICIPAL CARMINO CARICCHIO**, conforme descrição em seu projeto de pesquisa.

Informo ainda que a covalidação do presente dar-se-á após aprovação do projeto pelo CEP-Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ana Rosa Maria Silva Vicente".

Ana Rosa Maria Silva Vicente
Diretora do Departamento de Gestão de Pessoas
Autarquia Hospitalar Municipal

ANEXO F – Carta de anuência – Hosp. Munic. Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Autarquia Hospitalar Municipal



São Paulo, 19 de Março de 2019

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

Pesquisador (a): ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

Orientador (a): Rita Maria Lino Tarcia

Título da pesquisa: SUS para todos: estudo das ações de acolhimento a imigrantes nos hospitais da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo

Declaro, para os devidos fins, que conheço o teor do projeto supracitado e autorizo **ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE** a desenvolver as atividades propostas no **HOSPITAL MUNICIPAL DR FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA**, conforme descrição em seu projeto de pesquisa.

Informo ainda que a covalidação do presente dar-se-á após aprovação do projeto pelo CEP-Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Anã Rosa Maria Silva Vicente
Diretora do Departamento de Gestão de Pessoas
Autarquia Hospitalar Municipal

ANEXO G – Carta de anuência – Hosp. Munic. Dr. Arthur Ribeiro de Saboya



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Autarquia Hospitalar Municipal



São Paulo, 19 de Março de 2019

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

Pesquisador (a): ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

Orientador (a): Rita Maria Lino Tarcia

Título da pesquisa: SUS para todos: estudo das ações de acolhimento a imigrantes nos hospitais da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo

Declaro, para os devidos fins, que conheço o teor do projeto supracitado e autorizo **ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE** a desenvolver as atividades propostas no **HOSPITAL MUNICIPAL ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA**, conforme descrição em seu projeto de pesquisa.

Informo ainda que a covalidação do presente dar-se-á após aprovação do projeto pelo CEP-Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Ana Rosa Maria Silva Vicente
Diretora do Departamento de Gestão de Pessoas
Autarquia Hospitalar Municipal

ANEXO H – Carta de anuência Hosp. Munic. Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Autarquia Hospitalar Municipal



São Paulo, 19 de Março de 2019

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

Pesquisador (a): ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE

Orientador (a): Rita Maria Lino Tarcia

Título da pesquisa: SUS para todos: estudo das ações de acolhimento a imigrantes nos hospitais da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo

Declaro, para os devidos fins, que conheço o teor do projeto supracitado e autorizo **ELENA MITIE MIRANDA KAWABATA INOUE** a desenvolver as atividades propostas no **HOSPITAL MUNICIPAL ALIPIO CORRÊA NETTO**, conforme descrição em seu projeto de pesquisa.

Informo ainda que a covalidação do presente dar-se-á após aprovação do projeto pelo CEP-Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Ana Rosa Maria Silva Vicente
Diretora do Departamento de Gestão de Pessoas
Autarquia Hospitalar Municipal

Bibliografia consultada

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa** - Busca no vocabulário. 2016 set. Disponível em: <http://www.academia.org.br/nossa-lingua/busca-no-vocabulario>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2018. 68 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027**: informação e documentação: sumário – apresentação. Rio de Janeiro, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

PEREIRA, T. A.; MONTERO, E. F. S. Terminologia DeCS e as novas regras ortográficas da língua portuguesa: orientações para uma atualização. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 27, n. 7, p. 509-514, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v27n7/a14v27n7.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.