

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MUDANÇA SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

ISABELLA FONTES MONTEIRO

Ações educativas na assistência pré-natal de mulheres imigrantes

São Paulo

2019

ISABELLA FONTES MONTEIRO

Ações educativas na assistência pré-natal de mulheres imigrantes

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Mudança Social e Participação Política.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 16 de setembro de 2019. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de concentração:

Ações coletivas, movimentos e mudanças sociais.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Claudia Medeiros de Castro

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)
CRB 8-4936

Monteiro, Isabella Fontes

Ações educativas na assistência pré-natal de mulheres imigrantes / Isabella Fontes Monteiro ; orientadora, Cláudia Medeiros de Castro. – 2019

113 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo

Versão corrigida

1. Saúde pública - Brasil. 2. Imigrantes - Brasil. 3. Assistência pré-natal - Brasil. 4. Educação em saúde. I. Castro, Cláudia Medeiros de, orient. II. Título

CDD 22.ed. – 362.1980981

Nome: MONTEIRO, Isabella Fontes

Título: Ações educativas na assistência pré-natal de mulheres imigrantes

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Mudança Social e Participação Política.

Área de concentração:
Ações coletivas, movimentos e mudanças sociais.

Aprovado em: 16/09/2019

Banca Examinadora

Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Profa. Dra. Eunice Almeida Silva

Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Tatiana Chang Waldman

Museu da Imigração do Estado de São Paulo

RESUMO

MONTEIRO, Isabella Fontes. **Ações educativas na assistência pré-natal de mulheres imigrantes**. 2019. 113 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de pós-graduação em Mudança Social e Participação Política, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Versão corrigida.

O aumento dos fluxos migratórios internacionais na atualidade tem alcançado grande repercussão na mídia, ocupado agendas públicas e provocado ações de acolhida da população imigrante e efetivação de seus direitos. No Brasil, a saúde é um direito estabelecido constitucionalmente, e o acesso universal às ações e serviços que compõe o sistema de saúde é garantido para toda a população e inclui a população imigrante. A busca pelos serviços públicos de saúde por mulheres imigrantes ocorre, sobretudo, durante a gestação, parto e pós-parto. Esta pesquisa teve como objetivo identificar ações educativas realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, no pré-natal de mulheres imigrantes. Para tal, a pesquisa esteve apoiada na perspectiva teórica construcionista. Foi realizada pesquisa qualitativa e as estratégias metodológicas utilizadas foram observação participante e entrevistas semiestruturadas com 9 profissionais de saúde. A análise dos dados se deu por meio da transcrição sequencial, integral e formulação de Mapas Dialógicos, organizados em quatro categorias temáticas: Percepção da presença das imigrantes na UBS “internacional”; Ações educativas em saúde: limitações no cotidiano da atenção às gestantes imigrantes; Estratégias de comunicação; e Os olhos de quem está na ponta: desafios e propostas para a assistência à saúde culturalmente sensível. O estudo indica que embora os profissionais de saúde busquem realizar as ações educativas, há necessidade de capacitação para o desenvolvimento de ações de Educação em Saúde que considerem os aspectos culturais e especificidades da população imigrante.

Palavras-chave: Imigrantes. Educação em Saúde. Pré-Natal.

ABSTRACT

MONTEIRO, Isabella Fontes. **Educational actions in prenatal care of immigrant women.** 2019. 113 p. Dissertation (Master of Science) – Postgraduate program in Social Change and political participation, School of Arts, Sciences and Humanities, University of Sao Paulo, 2019. Corrected Version.

The increase in international migratory flows nowadays has reached great repercussion in the media, occupied public agendas and provoked actions of reception of the immigrant population and effectiveness of their rights. In Brazil, health is a constitutionally established right, and universal access to the actions and services that comprise the health system is ensured for the entire population, includes the immigrant population as well. The search for public health services by immigrant women occurs mainly during pregnancy, childbirth and postpartum. This research goals to identify educational actions carried out in the scope of basic health care in immigrant women's prenatal. For this, the research was supported in theoretical constructionist perspective. A qualitative research was made and the methodological strategies used were participant observation and semi-structured interviews with 9 health professionals. Data analysis was carried out through sequential, integral transcription and formulation of Dialogical Maps, organized into four categories: Perception of the presence of immigrants in the "international" UBS; Educational actions in health: limitations in the daily care of pregnant immigrants; Communication strategies; and The eyes of those on the cutting edge: challenges and proposals for culturally sensitive health care. The study indicates that although health professionals seek to develop educational actions, there is a need for training for the development of Health Education actions that consider the cultural aspects and specificities of the immigrant population.

Keywords: Immigrants. Health education. Prenatal.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAMI	Centro de Apoio e Pastoral do Migrante
CDHIC	Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Migrante
CEInfo	Coordenação de Epidemiologia e Informação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIDH	Comissão Interamericana dos Direitos Humanos
CNEPS	Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde
CNig	Conselho Nacional de Imigração
COMIGRAR	Conferência sobre Migrações e Refúgio
CONARE	Comitê Nacional para Refugiados
CPMig	Coordenação de Políticas para Migrantes
CRAI	Centro de Referência e Acolhida do Imigrante
DEMIG	Departamento de Migrações
DPF	Departamento da Polícia Federal
EAC	Atendimento ao Cidadão
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FSMM	Fórum Social Mundial das Migrações
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MJC	Ministério da Justiça e Cidadania
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OIM	Organização Internacional para as Migrações
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMPI	Política Municipal para a População Imigrante
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGETS	Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde
SIGA	Sistema Integrado de Gestão de Atendimento
SINCRE	Sistema Nacional de Cadastro e Registro de Estrangeiros
SMDHC	Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania
SMS-SP	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	DESLOCAMENTOS TRANSNACIONAIS E SEUS DESDOBRAMENTOS.....	14
2.1	Panorama das migrações internacionais.....	14
2.2	Panorama das migrações internacionais no Brasil.....	15
2.2.1	Origem dos fluxos imigratórios no Brasil: da Lei dos Indesejáveis ao Estatuto do Estrangeiro.....	20
2.2.2	Lei de Migração.....	23
2.2.3	São Paulo: o “resumo do mundo”.....	26
2.2.4	Política Municipal para a População Imigrante.....	28
3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IMIGRANTE.....	31
3.1	Panorama do acesso de imigrantes à saúde, no município de São Paulo...	34
3.2	Assistência pré-natal de mulheres imigrantes.....	38
4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: ALTERNATIVAS PARA O CUIDADO NUMA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL	40
4.1	Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde.....	40
4.2	Ações educativas em saúde na perspectiva transcultural.....	44
5	OBJETIVOS.....	47
5.1	Objetivo geral.....	47
5.2	Objetivos específicos.....	47
6	PERCURSOS METODOLÓGICOS.....	48
6.1	O tipo da pesquisa.....	48
6.2	O local de estudo.....	49
6.3	Aproximação com o campo.....	49
6.4	Aspectos éticos da pesquisa.....	50
6.5	Definindo a população do estudo.....	50
6.6	Estratégias metodológicas.....	51
6.6.1	Observação participante.....	51
6.6.2	Entrevistas semiestruturadas.....	52

6.7	Procedimentos para análise dos dados.....	53
7	RESULTADOS DA PESQUISA.....	55
7.1	A observação participante.....	55
7.1.1	As conversas.....	55
7.1.2	As reuniões de equipe.....	58
7.1.3	Os acolhimentos.....	59
7.1.4	As consultas de pré-natal.....	60
7.1.5	Visita domiciliar.....	61
7.1.6	Os grupos para gestantes.....	62
7.2	As entrevistas.....	63
8	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	66
8.1	Percepção da presença das imigrantes na UBS “internacional”.....	66
8.2	Ações educativas em saúde: limitações no cotidiano da atenção às gestantes imigrantes.....	72
8.2.1	Os sentidos das ações educativas.....	73
8.2.2	Capacitação profissional.....	77
8.3	Estratégias de comunicação.....	81
8.4	Os olhos de quem está na ponta: desafios e propostas para a assistência à saúde culturalmente sensível.....	86
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	109
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	110
	ANEXO A – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP.....	112

1 INTRODUÇÃO

Desde suas origens remotas, a espécie humana tem atravessado territórios em busca de sobrevivência. Os movimentos migratórios, portanto, constituem tema que integra a história da humanidade e que, até os dias atuais, ocupa a agenda de governos, mídias e organizações de proteção dos direitos humanos.

A temática é presente nas pautas de discussões devido às novas dinâmicas dos fluxos migratórios observadas, e à urgência na resolução de demandas que se apresentam, causando inquietações em governantes e na população de um modo geral.

A Organização Internacional para as Migrações (OIM) define *migração* como “um movimento populacional que compreende qualquer deslocamento de pessoas, independente da extensão, da composição ou das causas”, num processo de “atravessamento de uma fronteira internacional ou de um Estado” (OIM, 2009, p. 40). Quanto à *migração internacional*, refere-se a “movimentos de pessoas que deixam seus países de origem ou de residência habitual para se fixarem, permanente ou temporariamente, noutro país” (OIM, 2009, p. 42). Deste modo, *migrante* é a pessoa que se transfere de seu lugar habitual para outro país ou região (OIM, 2009, p. 43), e o termo *imigrante* se refere à pessoa que se desloca para um país, a fim de aí se estabelecer (OIM, 2009, p. 33)¹.

Segundo Castles (2005), as migrações internacionais constituem importante fator de mudança social no mundo contemporâneo. Assim como as transformações econômicas, ambientais, demográficas, políticas e sociais de um país ou sociedade fazem com que as pessoas migrem, essas migrações, por sua vez, geram transformações tanto no país de origem quanto no país de destino.

Para Martine (2005), cada vez menos o deslocamento se restringe a uma cidade ou a um país mais próximo do local de origem. Segundo o autor, o horizonte de quem migra é o mundo, já que a globalização dilui fronteiras, e o cinema, televisão e redes sociais provocam o vislumbre e a expectativa de uma vida melhor.

Vários são os fatores que influenciam a constante e crescente mobilidade humana, porém, as causas que levam à migração são diversas, complexas e difíceis de explicar a gama

¹ Utilizaremos os termos “migrante” e “imigrante” conforme definição do Glossário sobre migrações da OIM (2009).

de situações enfrentadas por aqueles que migram. O fenômeno da mobilidade humana, como descrito por Zamberlam (2004), se configura no movimento de pessoas ou grupos de um lugar para o outro e por diferenciadas razões, dentre elas, a busca por uma nova inserção social. Fazem parte desta mobilidade: turistas, governantes, pesquisadores, militares, empresários, refugiados, trabalhadores, exilados etc.

Ainda que a presença de imigrantes seja histórica em muitos países, como é o caso do Brasil, há pessoas que manifestam rejeição quanto ao “diferente” ou ao “estrangeiro”:

Refugiados da bestialidade das guerras, dos despotismos e da brutalidade de uma existência vazia e sem perspectivas têm batido à porta de outras pessoas desde o início dos tempos modernos. Para quem está por trás dessas portas, eles sempre foram – como são agora - estranhos. Estranhos tendem a causar ansiedade por serem “diferentes” – e, assim, assustadoramente imprevisíveis, ao contrário das pessoas com as quais interagimos todos os dias e das quais acreditamos saber o que esperar. (BAUMAN, 2017, p. 14).

O migrante é visto, muitas vezes, como ameaça à identidade local e ao bem-estar da população local, e como concorrente no mercado de trabalho e no uso dos equipamentos públicos. Com essa visão distorcida, alguns países tornam-se cada vez mais resistentes à entrada de estrangeiros e acabam por estabelecer maiores restrições e impedimentos legais. Martine (2005) destaca que a economia se tornou mundial e as fronteiras se apagaram para o capital financeiro, mas não para os seres humanos. Desta forma, muitas pessoas são marginalizadas e excluídas do bem-estar material. Para estes, as fronteiras não se apagaram.

O Brasil tem sua história marcada pela presença de imigrantes, e sua posição na rota das migrações internacionais contemporâneas tem estimulado reflexões sobre como a população imigrante se insere nos serviços oferecidos pelo Estado, como as políticas públicas compreendem e consideram as especificidades dos diversos grupos populacionais e como se dá o alinhamento com os pressupostos internacionais de proteção dos direitos humanos.

Pensando no direito à saúde, considerado por Cury (2005) um direito fundamental e diretamente ligado ao princípio da dignidade humana, e que, portanto, merece atenção especial, é de muita valia sempre questionar de que maneira o Estado garante condições para o exercício deste direito através de leis e políticas públicas.

No Brasil, a saúde é constitucionalmente um direito de todos (BRASIL, 1988), portanto, um direito da população imigrante. O sistema público de saúde brasileiro está estruturado a partir de princípios como o da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990), porém, é importante ressaltar que o direito de acesso aos serviços não garante a assistência pautada em tais princípios. Autores defendem que frente à população migrante, os profissionais de saúde nem sempre compreendem que pessoas de determinadas culturas se comportam durante a situação de enfermidade de maneira distinta da sociedade de destino, e seu conceito sobre saúde, inclusive, pode ser diferente. Este é um dos principais motivos que podem ser colocados como barreira para o trabalho dos profissionais, além da diferença do idioma, impedindo que a assistência ocorra efetivamente (ESHLETT; PARRY, 2003).

De acordo com os dados mais recentes da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), a procura dos imigrantes pelos serviços públicos de saúde se dá, sobretudo, por mulheres no período gestacional, no parto e puerpério (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015). Para Baubet e Moro (2013), mulheres nessa situação encontram-se em estado de vulnerabilidade.

Considerando essas informações, o presente trabalho propõe reflexões acerca das ações desenvolvidas no cotidiano profissional na assistência pré-natal de mulheres imigrantes, sobretudo em meio às ações educativas que, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012a), são ferramentas potentes na promoção da saúde.

No capítulo 2, referimo-nos aos deslocamentos transnacionais e aos desdobramentos políticos deste fenômeno, apresentando um panorama geral das migrações internacionais, inclusive no Brasil, além de um breve histórico da imigração no Brasil que culminou recentemente na nova Lei de Migração, a Lei nº 13.445/2017 (BRASIL, 2017), e um breve histórico da imigração no município de São Paulo, resultando em uma política municipal inédita para a população imigrante, a Lei Municipal nº 16.478/2016 (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016a).

Ressaltando a importância do acesso à saúde, no terceiro capítulo abordamos os princípios e diretrizes constitucionais que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantem o acesso à saúde de toda população, incluindo a população imigrante. Em seguida,

apresentamos dados estatísticos quanto ao acesso dos imigrantes aos serviços públicos de saúde e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em seu cotidiano.

Ainda no terceiro capítulo, apresentamos informações sobre a procura pelos serviços pela população imigrante que se dá, principalmente, por mulheres na atenção básica, e abordamos as ações educativas na assistência pré-natal como ferramentas potentes para a integralidade do cuidado.

No capítulo 4, apresentamos as potencialidades da Educação em Saúde e da Educação Popular em Saúde, bem como seus marcos conceituais, com destaque para a Teoria Transcultural da Enfermagem como processo integrativo e culturalmente sensível do cuidado em saúde.

Os próximos capítulos, de caráter metodológico, apresentam as estratégias que foram utilizadas a fim de alcançar os objetivos do presente trabalho, bem como os resultados obtidos em observação participante e em entrevistas semiestruturadas, cuja análise esteve apoiada nas reflexões construcionistas da Psicologia Social. Apresentamos a análise dos dados, sustentada pela literatura.

Por fim, nas considerações finais, refletimos sobre a importância de uma prática em saúde culturalmente sensível à população imigrante e inspirada no conceito de Educação Popular em Saúde, ressaltando a necessidade de que a gestão municipal da saúde ofereça capacitação para os profissionais de saúde voltada para a realização de ações educativas que considerem os aspectos culturais e as especificidades da população imigrante.

2 DESLOCAMENTOS TRANSNACIONAIS E SEUS DESDOBRAMENTOS

2.1 Panorama das migrações internacionais

Dados do relatório das Nações Unidas indicam a magnitude do fenômeno *migração* nos últimos anos: o número de migrantes internacionais cresceu rapidamente atingindo 258 milhões em 2017, comparado a cerca de 220 milhões em 2010 e 173 milhões em 2000. Para além de números absolutos, enquanto a relação *migrantes internacionais x população total mundial* era de 2,8% em 2000, em 2017 a porcentagem subiu para 3,4% demonstrando que, nesse período, o número de imigrantes cresceu mais do que o crescimento da população mundial. No entanto, as taxas de crescimento são variáveis: entre 2000 e 2005 a taxa de crescimento foi de 2%, subindo para 2,9% entre 2005 e 2010, e diminuindo a partir de 2010 até 2015, chegando a 2,4% e a 2% entre 2015 e 2017 (UNITED NATIONS, 2017).

Em termos de composição dos fluxos, no ano de 2017 a maior parte dos migrantes era de origem asiática (cerca de 106 milhões), seguida por migrantes europeus (cerca de 61 milhões), da América Latina e Caribe (cerca de 38 milhões) e da África (cerca de 36 milhões) (UNITED NATIONS, 2017). A faixa etária média calculada foi de 39 anos, sendo que, em relação aos refugiados, menores de 18 anos ultrapassavam a metade do contingente (UNHCR, 2018). Quanto às mulheres, correspondiam a pouco menos da metade de todo o contingente de migrantes e ultrapassavam o número de migrantes do gênero masculino na Europa, América do Norte, Oceania, América Latina e Caribe (UNITED NATIONS, 2017).

No que tange às regiões, dados de 2017 apontaram que Ásia e Europa concentravam mais de 60% da população imigrante, sendo 80 milhões de imigrantes no território asiático e 78 milhões em território europeu. E dos países com maior concentração destacam-se: Estados Unidos da América (EUA) com cerca de 50 milhões de imigrantes, Arábia Saudita, Alemanha e Rússia com cerca de 12 milhões cada país e Reino Unido com cerca de 9 milhões de imigrantes (UNITED NATIONS, 2017).

Os mesmos dados também apontaram crescimento no número de imigrantes vivendo em países de alta renda (64%) e redução do número de imigrantes vivendo em países de média renda (32%) e baixa renda (4%). Em 2000, as taxas eram de 58%, 37% e 5%, respectivamente. Ainda assim, os fluxos migratórios Sul-Sul, ou seja, entre e em direção aos

países em desenvolvimento da América Latina, representam parcela significativa e superam outros fluxos (UNITED NATIONS, 2017).

No tocante às migrações forçadas, dados de 2017 apontaram 68,5 milhões de pessoas forçosamente deslocadas devido a perseguições, conflitos, violências ou violações de direitos humanos, o maior número já registrado na história. Dentre elas encontravam-se deslocados internos, refugiados e solicitantes de refúgio (UNHCR, 2018).

Quanto aos migrantes indocumentados, a estimativa mais recente, referente ao ano 2010, sugere que existiam, no mínimo, 50 milhões de pessoas nessa situação (IOM, 2015).

Este cenário mundial marcado pela diversificação e intensificação dos movimentos populacionais gera a necessidade de formulação de instrumentos que viabilizem a condução do fenômeno por meio das relações internacionais e a garantia dos direitos humanos a todas as pessoas.

2.2 Panorama das migrações internacionais no Brasil

São diversas as fontes de dados a respeito dos movimentos migratórios no Brasil. Todavia, o registro da população migrante em território nacional é realizado pelo Departamento da Polícia Federal (DPF). Relatório Anual 2018 sobre Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil somou, através dos registros do DPF, um total histórico de cerca de 1,2 milhão de migrantes no Brasil, no período de 2000 a julho de 2018. Em 2010, o registro da entrada de migrantes internacionais no país foi 268.295, um número 86,6% maior do que o observado no censo de 2000 (143.644). Em julho de 2018, o total de migrantes no Brasil chegou a 1.221.001 (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018). Considerando a estimativa de mais de 208 milhões de pessoas no Brasil, o número histórico de migrantes registrados no país corresponderia a 0,5% do total da população brasileira.

Segundo a interpretação de dados dos autores do referido documento, o volume de registros de migrantes no Brasil intensificou-se até 2014 (crescimento de 166% entre 2010 e 2014), se estabilizou em 2015, voltou a crescer em 2016 e declinou em 2017 (redução de 16,3%). Em relação ao crescimento do volume, apontaram como possíveis fatores explicativos o desempenho da economia brasileira à época, a profunda crise econômica de países capitalistas centrais, o Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Partes do

Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) e Associados², a política de anistia concedida em 2009 e o acolhimento de haitianos através da concessão de vistos humanitários. Já em 2016, período em que o número voltou a crescer, o aumento observado foi determinado pela intensa regularização de migrantes haitianos que já se encontravam em território brasileiro aguardando a tramitação dos pedidos de residência (OLIVEIRA, 2017; CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018).

Ainda não foi divulgado o Relatório Anual atualizado, porém, os mesmos autores preveem que o número de migrantes até o final de 2018 supere o de 2017 devido ao volume de registros pela regularização, principalmente, de colombianos, haitianos e venezuelanos (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018).

No tocante à composição dos fluxos migratórios, dados do Sistema Nacional de Cadastro e Registro de Estrangeiros (SINCRE) do DPF apontaram os principais países de origem da população migrante, apresentados no quadro abaixo:

Quadro 1 – Migrantes internacionais registrados no Brasil em 2016

Nacionalidades	Quantidade	%
Portugal	270.772	22,4
Bolívia	89.208	7,4
Japão	86.541	7,1
Itália	75.837	6,3
Haiti	64.985	5,4
Espanha	62.332	5,1
Argentina	58.275	4,8
República Popular China	48.847	4,0
Uruguai	40.588	3,4
EUA	35.644	2,9
Paraguai	29.324	2,4

Continua...

² São membros fundadores do MERCOSUL: Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, signatários do Tratado de Assunção de 1991. Venezuela aderiu ao Bloco em 2012, porém, sua adesão encontra-se suspensa desde 2016 por descumprimento do Protocolo de Adesão, e desde 2017 por violação da Cláusula Democrática do Bloco. Todos os demais países sul-americanos estão vinculados ao MERCOSUL como Estados Associados, exceto Bolívia, que possui o “status” de Estado Associado em processo de adesão (BRASIL, 2009; MERCOSUL, s.d.).

Quadro 1 – Migrantes internacionais registrados no Brasil em 2016

...continuação

Nacionalidades	Quantidade	%
Chile	29.238	2,4
Peru	29.098	2,4
Colômbia	25.362	2,1
Venezuela	5.523	0,5
Equador	4.152	0,3
Guiana	683	0,1
Suriname	144	0,0
Outras nacionalidades	255.072	21,1
Total	1.211.129	100

Fonte: (VACCOTTI, 2017).

No que cerne à concentração em território nacional, Baeninger e Fernandes (2018) apontam uma capilaridade e mobilidade da migração internacional dentro do país. Através do Atlas Temático – Observatório das Migrações em São Paulo, os autores indicam a entrada de imigrantes através das fronteiras dos estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima e Amapá, entre 2000 e 2015. No entanto, registros da concentração de imigrantes em municípios espalhados pelo território nacional, inclusive municípios de estados não fronteiriços, permitem a desconstrução da expectativa de instalação de imigrantes quase que exclusivamente nas fronteiras e metrópoles. Os estados com maior número de entrada e de residência dos imigrantes foram São Paulo (378.776) e Rio de Janeiro (163.516). Dos 5.570 municípios brasileiros, 3.432 tiveram registro de imigrantes. No estado de São Paulo, dos 645 municípios, 580 registraram a presença de imigrantes em 2016. Há também destaque para os estados Ceará, com registro em 119 dos 184 municípios, e Sergipe, com registro em 43 dos 75 municípios.

Quanto ao refúgio³, de acordo com o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), o Brasil reconheceu até o final de 2017 mais de 10 mil refugiados, sendo provenientes

³ Os dados aqui apresentados a respeito do refúgio também ilustram e caracterizam os movimentos migratórios internacionais. Todavia, ressaltamos a importância da diferenciação entre “refugiado” e “migrante” conforme estabelecida pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR). Refugiados são protegidos por normativas internacionais, ainda que as leis dos países signatários dos acordos internacionais

principalmente da Síria (39%), República Democrática do Congo (13%), Colômbia (4%) e Paquistão (3%). Destes, aproximadamente 50% permaneceram no território nacional residindo, principalmente, no estado de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná, sendo 70% homens e 30% mulheres. Ao fim de 2017, o número de solicitações de refúgio em trâmite era de 87.007 (BRASIL, 2016a).

No Brasil, a concessão de vistos de caráter humanitário entrou em vigor em janeiro de 2012, devido ao terremoto no Haiti em 2010 e a intensificação do fluxo de haitianos no Brasil. De acordo com o Departamento de Migrações (DEMIG) do Ministério da Justiça e Cidadania (MJC), a concessão de visto para haitianos no final de 2017 era de cerca de 80 mil, embora esse número também contemple processos em andamento de residência permanente (GOVERNO DO BRASIL, 2017). Entre 2013 e 2016, sírios também foram beneficiados. Foram concedidos 2.634 vistos por razões humanitárias a sírios afetados pelo conflito no país de origem (VACCOTTI, 2017).

Em relação aos emigrantes, dados relativos ao período de 2010 a julho de 2018 apresentam um volume de 102,4 milhões de entrada no Brasil, contra 103,6 milhões de saídas. Considera-se que esses dados contemplam diversos tipos de deslocamento, inclusive o de turistas, e que os deslocamentos migratórios correspondem a cerca de 10% das entradas e 9,4% das saídas (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018).

No que diz respeito ao deslocamento de brasileiros, apesar de ser notório que os dados incluam movimentações associadas ao turismo, além da entrada e saída diversas vezes pelas mesmas pessoas, o registro até 2010 foi de cerca de 2,3 milhões de brasileiros nos postos de fronteira, e, considerando que parte dos fluxos de saída não retornam, os dados caracterizam movimentos de emigração (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018).

Oliveira (2013) considerou que os Censos Demográficos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000 e 2010 reforçavam a hipótese de que o fluxo de brasileiros que retornam ao país é maior do que o de imigrantes. Em 2000, 143.133 pessoas declararam que moravam no exterior cinco anos antes, sendo desse total 87.599 brasileiros natos (61,2%), 6.636 naturalizados brasileiros (4,6%) e 48.898 estrangeiros (34,2%) (IBGE, 2003). Em 2010, do fluxo de migração, 174 mil indivíduos eram brasileiros,

sejam restritivas à migração, o tratamento aos refugiados segue conforme acordo internacional (EDWARDS, 2015).

correspondentes a 65,6% do total do fluxo (IBGE, 2011a). Ou seja, o número de brasileiros retornados foi superior ao de imigrantes de outras nacionalidades.

Estimativa apresentada pelo Ministério das Relações Exteriores (MRE) em 2015 foi de mais de 3 milhões de brasileiros vivendo no exterior, considerando dados oficiais e não oficiais. Na distribuição por continente a porcentagem foi de 48% na América do Norte, 24% na Europa, 17% na América do Sul, 6% na Ásia e 2% no Oriente Médio. Os principais destinos dos brasileiros apontados foram: EUA (cerca de 1.410.000 brasileiros), Paraguai (332 mil), Japão (170 mil), Reino Unido (120 mil) e Portugal (116 mil) (BRASIL, 2016b).

Em virtude dos movimentos migratórios, em 2017 foi cancelado, em Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), o Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular, um acordo adotado pelos Estados-membros como um documento que reafirma a soberania nacional e os direitos humanos universais como princípios fundamentais da comunidade global, além de apontar o caminho em direção à ação humana e sensata em prol dos países de origem, de trânsito e de destino, assim como dos migrantes. Representantes da ONU defendem que o pacto promove uma abordagem cooperativa e facilita os benefícios gerais da migração, além de representar um quadro internacional de migração baseado em fatos, não em mitos, e entendem que as políticas migratórias nacionais devem ser implementadas em cooperação, e não de maneira isolada (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2018).

O Brasil aderiu ao pacto em 2018, porém, ainda no início de 2019, mesmo diante das evidências que apontam que há mais brasileiros vivendo no exterior do que estrangeiros no Brasil, o governo brasileiro se desassociou do pacto. Em documento elaborado pelo MRE, o Brasil declarou que não participaria de qualquer atividade relativa ao pacto ou à sua implementação (FELLET, 2019). Em redes sociais, o governo brasileiro ainda declarou que o Brasil é soberano na tomada de decisão acerca da aceitação ou não de migrantes e que estes, ingressando em território nacional, estariam sujeitos às leis nacionais, regras e costumes (GONÇALVES, 2019).

Segundo opiniões, o abandono do acordo pelo Brasil desconsidera a proteção dos direitos humanos, inclusive de brasileiros que sofrem pela negação de seus direitos em outros países, além de minar as credenciais do país nas discussões internacionais por sua atual política migratória vista como referência (FELLET, 2019).

2.2.1 Origem dos fluxos imigratórios no Brasil: da Lei dos Indesejáveis ao Estatuto do Estrangeiro

Foram pessoas oriundas de diferentes nações que formaram o Brasil desde a colonização, uma vez que os próprios colonizadores eram oriundos de outras terras. Trata-se de um país que abrigou e abriga até hoje diferentes nacionalidades. Assim, muitas nações compuseram a história do Brasil (IBGE, 2007).

A palavra “nação”, do latim *natio*, de *natus* (nascido), caracteriza um agregado de indivíduos de território, língua, costumes, religião ou raça em comum. Nos séculos passados, a palavra fazia referência às alteridades, aos estrangeiros, aos “de fora”, que representavam perigo. Somente com a Revolução Francesa é que a palavra nação passou a exprimir o conceito de identidade (IBGE, 2007).

O Brasil, portanto, é um país de nações múltiplas e tem registro de sua origem marcada, principalmente, pela presença de portugueses - que almejavam apropriação militar e econômica das terras - e de africanos aqui denominados congos, angolas, benguelas, cabindas, cassanges, monjolos, rebolos, moçambiques e outros, trazidos pelos portugueses como mão-de-obra escrava (IBGE, 2007). Este cenário de “migração forçada” perdurou por três séculos, até o ano de 1850 devido à proibição do tráfico de escravos (BASSANEZI⁴, 1995 apud WALDMAN, 2012).

Com a impossibilidade de importar mão-de-obra escrava, somando-se à abolição da escravidão em 1888, o desenvolvimento da produção cafeeira em São Paulo e a política de branqueamento da população, o Estado brasileiro passou a incentivar e subsidiar fluxos imigratórios originários da Europa (BAENINGER; PATARRA⁵, 1995 apud WALDMAN, 2012).

Foi nesse período que tiveram início as discussões acerca da política migratória. Ao mesmo tempo em que o processo imigratório foi pensado na lógica de ocupação do território brasileiro, as imigrações geraram temores na medida em que as mesmas pessoas que eram incorporadas ao território “poderiam ser as que, no futuro, viessem a reivindicar autonomia, independência”, ou seja, sua organização econômica, cultural e política

⁴ BASSANEZI, M. S. C. B. Migração internacional no Brasil: um panorama histórico. p. 1-37. In: PATARRA, N. L. (Coord.). **Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo**. 2. ed. São Paulo: FNUAP, 1995.

⁵ BAENINGER, R.; PATARRA, N. L. Migrações Internacionais Recentes: o caso do Brasil. p. 78-88. In: PATARRA, N. L. (Coord.). **Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo**. 2. ed. São Paulo: FNUAP, 1995.

poderiam ser paralelas e opostas ao governo brasileiro devido à dificuldade de assimilação e incorporação cultural, requeridas pelos governantes. A manutenção da língua, cultura e religião do país de origem tornava-os “não assimiláveis” e, portanto, “indesejáveis” (LOPES, 2009, p. 167).

Em 1907, a Lei dos Indesejáveis tinha por objetivo a expulsão de estrangeiros - sem direito à defesa – acusados de exploração sexual, vagabundagem, anarquismo, delitos patrimoniais, vigarice, desemprego e participação em movimentos sindicais (SILVA, 2007). Deste modo, a política privilegiava a chegada de europeus brancos considerados bons agricultores e categorizados na normativa de imigração desejável (LOPES, 2009; SEYFERTH, 2002).

Até meados de 1870, era constante o fluxo de portugueses e alemães. Os anos de 1870 a 1920 foram o período da “grande imigração” e os italianos correspondiam a 42% do contingente de imigrantes no país. Por essa e outras razões, o italiano foi considerado, por excelência “o” imigrante, e sua aceitação se deu, principalmente, pela presença de autoridades públicas, intelectuais e empresários que compunham esse contingente, além da proximidade com a língua brasileira – o que não oferecia riscos quanto à formação de núcleos étnicos. Até meados de 1930, o Brasil recebeu mais de quatro milhões de imigrantes, sendo eles em sua maior parte italianos, portugueses, japoneses e alemães (LEVY, 1974).

A partir dos anos 1930, eram considerados imigrantes desejáveis os europeus latinos, como os portugueses, italianos e espanhóis (SEYFERTH, 2002). Imigrantes que não faziam parte desse escopo, tornaram-se vítimas da exclusão social no processo de construção das cidades brasileiras, no qual não era permitida manifestação de ordem política, sindical ou operária (SILVA, 2007).

Nesse caso, o melhor imigrante é aquele que não só se deixa assimilar, mas também se integra, pela mestiçagem, com os nacionais, cumprindo o desígnio do branqueamento. Aqui, assimilação é a mesma coisa que caldeamento ou fusão racial. Daí a conveniência da imigração lusitana, ou até mesmo da imigração italiana – segundo seus termos, menos perigosas por serem gentes latinas e mais assimiláveis. (SEYFERTH, 2002, p. 24).

Em 1934, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil legitimou o primeiro dispositivo legal e altamente discriminatório que aplicava sistema de cotas reafirmando o propósito de impedir os imigrantes indesejados e a concentração

populacional de nacionalidades estrangeiras. O sistema de cotas limitava a 2% o número de estrangeiros de mesma nacionalidade num período anual e 80% a estrangeiros agricultores ou técnicos industriais rurais (BRASIL, 1934). Nos termos da lei, ao governo reservava-se o direito de limitar ou impedir a entrada de pessoas de determinadas raças ou origens, não tratando o estrangeiro apenas como braço da lavoura e da indústria, mas como elemento de composição racial (SILVA, 2007). Além disso, a legislação permitia a restrição da entrada de estrangeiros doentes, inválidos, aleijados, indigentes e até mesmo a proibição conforme critérios de cunho racial, como no caso de ciganos (SEYFERTH, 2002).

Com a crise do café em 1930 e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o número de imigrantes reduziu consideravelmente (LEVY, 1974). Em 1941, por meio do Decreto-Lei nº 3.175, o Brasil suspendeu a concessão de visto temporário ou permanente para estrangeiros, salvo em casos excepcionais previstos pelo referido dispositivo⁶. No contexto pós-guerra, a imigração perdeu impulso, porém, já na década de 1950 a indústria passou a ser determinante no processo migratório e, ainda que em número reduzido, imigrantes de países próximos, sul-americanos, passaram a compor o cenário da migração internacional, principalmente argentinos, chilenos e uruguaios (BAENINGER; PATARRA⁷, 1995 apud WALDMAN, 2012).

Durante a ditadura militar, em 1969, criou-se o Decreto-Lei nº 941 denominado Estatuto do Estrangeiro, definindo a situação jurídica do estrangeiro no país, com forte ênfase na segurança nacional (ZAMBERLAM, 2004). Em 1980, a Lei nº 6.815/1980 reformulou o referido estatuto e criou o Conselho Nacional de Imigração, instituindo mecanismos de controle e fiscalização, como visto nos artigos abaixo:

Art. 2º. Na aplicação desta Lei atender-se-á precipuamente à segurança nacional, à organização institucional, aos interesses políticos, socio-econômicos e culturais do Brasil, bem assim à defesa do trabalhador

⁶ Art. 1º. Fica suspensa a concessão de vistos temporários para a entrada de estrangeiros no Brasil. Excetuam-se os vistos concedidos: 1) a nacionais de Estados americanos; 2) a estrangeiros de outras nacionalidades, desde que provem possuir meios de subsistência; [...] Art. 2º. Fica suspensa igualmente a concessão de vistos permanentes. Excetuam-se os vistos concedidos: 1) a portugueses e a nacionais de Estados americanos; [...] 4) a agricultores ou técnicos rurais que encontrem ocupação na agricultura ou nas indústrias rurais ou se destinem a colonização previamente aprovada pelo Governo Federal; 5) a estrangeiros que provem a transferência para o país, por intermédio do Banco do Brasil, de quantia, em moeda estrangeira, equivalente, no mínimo, a quatrocentos contos de réis; [...] 9) ao estrangeiro que venha em missão oficial do seu governo. (BRASIL, 1941).

⁷ BAENINGER, R.; PATARRA, N. L. Migrações Internacionais Recentes: o caso do Brasil. p. 78-88. In: PATARRA, N. L. (Coord.). **Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo**. 2. ed. São Paulo: FNUAP, 1995.

nacional. [...] Art. 16º. Parágrafo único. A imigração objetivará, primordialmente, propiciar mão-de-obra especializada aos vários setores da economia nacional, visando ao aumento da produtividade, à assimilação de tecnologia e à captação de recursos para setores específicos. (BRASIL, 1980, n.p).

Seguindo a mesma lógica de decretos anteriores, o artigo 94 do documento garantia ao estrangeiro gozar de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros na Constituição vigente. No entanto, ainda visando à segurança nacional, apresentava dispositivos restritivos como o artigo 98, que vedava o exercício de atividade remunerada ao titular de visto temporário, assim como exercer cargos de função administrativa ou fiscalizadora, e o artigo 106 que vedava ao estrangeiro o direito de exercer atividade política e de interesses públicos. A lei ainda previa a possibilidade de expulsão de imigrantes que atentassem contra a segurança nacional, a ordem política e social, ou que participassem de qualquer atividade ou manifestação nociva aos interesses nacionais (BRASIL, 1980).

O Estatuto do Estrangeiro esteve vigente e cumpriu com a tarefa de regular os fluxos migratórios até 2017, ano em que foi aprovada a Lei nº 13.445/2017 denominada Lei de Migração.

2.2.2 Lei de Migração

Até o ano 2017, o Brasil não contava com uma política migratória adequada. Como apresentado acima, vigorava no território nacional o Estatuto do Estrangeiro.

Além de obsoleto, o Estatuto do Estrangeiro não era compatível com o processo de redemocratização da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que enfatizou a “prevalência dos direitos humanos”, a “cooperação entre os povos para o progresso da humanidade” e a “concessão de asilo político”, além de declarar a “integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações”, e garantir aos estrangeiros “a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988, n.p).

Frente aos debates sobre direitos humanos, a partir de 1990 um novo olhar esteve voltado a essa realidade. No mesmo ano, a ONU adotou a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas

Famílias, que criou o Comitê para a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias assegurando-lhes direitos básicos e de competência a examinar os relatórios dos Estados Partes a respeito do cumprimento de suas tarefas, além de outros documentos legais (GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO E DIREITO COMPARADO, [2013?]).

Desde então, muitos têm sido os esforços quanto ao fortalecimento do tema na agenda pública. Outros eventos contribuíram na formação da nova política, como a Conferência sobre Migrações e Refúgio (COMIGRAR), organizada pelo MJC em 2014, o Fórum Social Mundial das Migrações (FSMM) em 2016 e o I Diálogo de Participação Social promovido pelo Conselho Nacional de Imigração (CNIg) no mesmo ano. Tais eventos evidenciaram a necessidade de reformulação da legislação, desta vez em sintonia com os direitos humanos. Fruto de inúmeros processos e debates entre parlamentares, acadêmicos e movimentos sociais, em 2015 foi apresentado o Projeto de Lei nº 2.516 que instituiria uma nova Lei de Migração para o Brasil, aprovada pela Câmara dos Deputados ao final de 2016 e pelo Senado Federal no início de 2017 tornando-se a Lei nº 13.445/2017, considerado por Ventura (2017) um importante feito em tempos de intensa polarização política.

Ramos (2017) afirma que a nova Lei tem por eixo central a proteção dos direitos humanos. Exemplo disso é a garantia de que ninguém seja impedido de ingressar no país por motivo de raça, religião, nacionalidade, pertença a grupo social ou opinião política. Além disso, a nova lei responsabiliza funcionários públicos pela prática de atos arbitrários e prevê a atuação da Defensoria Pública da União nestes casos, além de outros exemplos que seguem princípios e diretrizes definidos na lógica da proteção de direitos.

Art. 3º. A política migratória brasileira rege-se pelos seguintes princípios e diretrizes: I – universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos; II – repúdio e prevenção à xenofobia, ao racismo e a quaisquer formas de discriminação; [...] IV – não discriminação em razão dos critérios ou dos procedimentos pelos quais a pessoa foi admitida em território nacional; [...] X – inclusão social, laboral e produtiva do migrante por meio de políticas públicas; [...] XIII – diálogo social na formulação, na execução e na avaliação de políticas migratórias e promoção da participação cidadã do migrante; XIV – fortalecimento da integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, mediante constituição de espaços de cidadania e de livre circulação de pessoas. (BRASIL, 2017, n.p).

A nova Lei busca facilitar a regularização dos imigrantes concedendo visto temporário para acolhida humanitária, autorização de residência e recíproca dispensa de visto ou cobrança de taxas de emolumentos consulares, isenção de taxa de pagamento para concessão de vistos ou obtenção de documento de regularização migratória a integrantes de grupos vulneráveis e indivíduos de desprovimento econômico (BRASIL, 2017).

Embora a nova Lei de Migração seja considerada um avanço em relação ao Estatuto do Estrangeiro e demonstre ter sido elaborada sob a ótica dos direitos humanos, sofreu muitas alterações. Vinte de seus dispositivos foram vetados pela Presidência da República por meio do Decreto 9.199 que, segundo autores, desconfigurou o teor da nova Lei (VENTURA, 2017; RAMOS et al., 2017).

Dos vetos, destacam-se: anistia ao imigrante que deu entrada no país de forma indocumentada até julho de 2016, processo tradicional no Brasil do qual, segundo Ventura (2017), gerou bons resultados; direito à livre circulação de povos indígenas em terras tradicionalmente ocupadas; possibilidade de exercer cargo, emprego ou função política; não expulsão de imigrantes residentes no Brasil por mais de quatro anos que cometessem crimes; e acesso aos serviços públicos de saúde de visitante, que pode até ser contornado pela via interpretativa devido à garantia universal do acesso à saúde concedida pela Constituição Federal (RAMOS, 2017), mas que causa perplexidade já que, como nos alerta Ventura (2017, n.p) “um dos pilares do combate à propagação internacional de doenças é justamente a capacidade de detecção e de prevenção, que só é possível quando a pessoa é encorajada a se dirigir ao sistema público de saúde”.

Além disso, Ramos et al. (2017) afirmam que o Decreto contraria a Lei e limita a concessão de visto para reunião familiar, abre caminhos para atos discriminatórios pela omissão de conteúdo, não regula a autorização de residência para acolhida humanitária e omite a Política Nacional sobre Migrações, Refúgio e Apatridia, que garantiria a participação da sociedade civil. Os autores consideram, inclusive, que o Decreto é um retrocesso até mesmo em relação ao Estatuto do Estrangeiro e o considera contra *legem* (contra a lei) e *prater legem* (fora da lei).

Assim, o Brasil apenas se aproximou do que era esperado para uma nação formada por imigrantes. Ainda que a política migratória represente tal avanço, sua regulamentação é contraditória e alheia ao seu processo original de elaboração. O dispositivo legal que

regulamenta a Lei de Migração resulta em embaraços burocráticos e não consolida ações voltadas para o respeito aos direitos humanos.

2.2.3 São Paulo: o “resumo do mundo”

Historicamente e a partir do final do século XIX, o destino de muitos imigrantes foram as grandes cidades (MOURA, 2008). São Paulo que, atualmente, é a maior cidade do Brasil, foi construída por imigrantes e, ao longo da sua história, os imigrantes sempre foram personagens do cotidiano do município.

Como descrito por Singer⁸ (1973 apud BAENINGER, 2005), desde o século XX os fluxos migratórios têm configurado a transferência da população do meio rural para o urbano em virtude da larga produção e exportação cafeeira e, conseqüentemente, da expansão ferroviária e industrial. A riqueza oriunda do café permitiu a acumulação de capitais no país e a necessidade de mão-de-obra, que culminou na instalação das primeiras colônias de imigrantes na cidade, sobretudo nas regiões centrais próximas às indústrias e linhas férreas (MOURA, 2008).

Segundo Rolnik⁹ (2001 apud COMIN; SOUKEF JÚNIOR, 2017, p. 4), no início do século XX, 70% dos imigrantes eram provenientes da Itália, e, na sequência, instalaram-se, principalmente, portugueses, espanhóis, japoneses, entre outras nacionalidades. Michael M. Hall relata ainda que, neste período, “entre a população acima de quinze anos, os estrangeiros na capital eram mais numerosos que os brasileiros” (HALL, 2004, p. 121).

A região central da capital paulista sempre foi o principal local de fixação dos imigrantes e refugiados devido à proximidade de instituições de referência como os alojamentos e hospedarias, e oportunidades de trabalho (MOURA, 2008). Contribuindo com o comércio, judeus que fugiam das perseguições étnicas e religiosas no seu país de origem deram início à produção têxtil e confecção de roupas no município. Já na segunda metade do século XX, chineses trouxeram consigo a comercialização de eletrônicos importados, ocupando outras regiões do município (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

⁸ SINGER, P. Migrações internas: considerações teóricas sobre seu estudo. In: _____. **Economia política de urbanização**. São Paulo: Brasiliense, 1973.

⁹ ROLNIK, R. **São Paulo**. São Paulo: Publifolha, 2001, 83 p.

Em décadas mais recentes, há que se destacar o fluxo de imigrantes oriundos de outros países do Cone Sul, como a Bolívia, ocorrido na década de oitenta. Estes imigrantes eram estimulados por convênios de intercâmbio científico ou oportunidades de emprego no setor de costura, onde foi observada forte presença feminina de imigrantes (SILVA, 2012).

Pessoas oriundas de países africanos também compuseram o quadro histórico de imigrantes no município por questões diversas, porém, inicialmente, nigerianos e angolanos vinham com o propósito de estudar ou trabalhar no setor coureiro calçadista. Atualmente, é crescente a presença de imigrantes e refugiados haitianos, países africanos e sírios, sobretudo na região sudeste da cidade (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Estimativa do IBGE indica que o número de habitantes no município de São Paulo em julho de 2016 era estimado em 12.038.175 e, de acordo com o SINCRE, 385.120 imigrantes residiam na cidade representando 3,2% do total da população no município (IBGE, 2016).

Dados também demonstram as nacionalidades mais presentes no município: Portugal (18,6%), Bolívia (16,9%), Japão (8,7%), China (6,5%), Itália (6,1%), Espanha (4,9%), Coreia do Sul (4,2%), Argentina (3,6%), Haiti (3,1%), Peru (2,4%) e Chile (2,4%) (VACCOTTI, 2017).

A presença de pessoas de muitas nacionalidades faz com que continue pertinente a consideração feita pelo poeta Guilherme de Almeida já na década de 30, para quem São Paulo era o “resumo do mundo” (ALMEIDA, 1962). Sendo assim, a condição da cidade como polo de emprego e de liderança econômica no estado e no país, com forte presença de imigrantes, faz com que a capital paulista enfrente o desafio de amparar toda diversidade cultural em um único território, garantindo acolhimento aos vários grupos de imigrantes e buscando elaborar, com a contribuição da mobilização e articulação dos próprios imigrantes, políticas públicas com enfoque nos direitos humanos.

Vale ressaltar que a mobilização e articulação de imigrantes no município visa o fortalecimento de sua integração na sociedade e garantia e proteção de seus direitos sociais, tendo em vista a vulnerabilidade pela irregularidade migratória a qual são expostos, aos preconceitos por motivos raciais, de gênero, classe, entre outros, suas condições precárias de trabalho e dificuldade com o idioma (VACCOTTI, 2017). Em 2016 foram identificados 83 grupos articulados representando 29 nacionalidades/regiões. Por meio desse movimento, foram ampliadas atividades culturais desenvolvidas pelos próprios imigrantes e grupos culturais dedicados à difusão da cultura dos países de origem com o objetivo de preservação

das práticas culturais e empoderamento desses grupos populacionais (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016b).

2.2.4 Política Municipal para a População Imigrante

Embora a regulamentação do ingresso e *status* jurídico de imigrantes seja responsabilidade das autoridades nacionais, são as organizações subnacionais, sobretudo os municípios, que se incumbem das medidas considerando os direitos humanos e a inserção dos imigrantes em seu meio social, o que inclui acesso aos serviços de educação, trabalho, lazer e saúde. O município de São Paulo tem sinalizado avanço nesse sentido.

Em 8 de julho de 2016, durante a cerimônia de abertura do VII Fórum Social Mundial das Migrações, foi sancionada a Lei Municipal nº 16.478, que institui a Política Municipal para a População Imigrante, construída por meio de um processo participativo e inédita em instituir diretrizes para a formulação de políticas públicas sobre migração no âmbito municipal¹⁰.

Marco desse processo que visou a defesa dos direitos dos imigrantes, foi a criação da Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig) em 2013, da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) da Prefeitura de São Paulo, que coordenou o processo de elaboração da lei com contribuição da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e do CNig. Similarmente à SMDHC, a CPMig tem por objetivo a articulação de políticas públicas migratórias adotando como princípios e valores a não criminalização, a garantia de direitos, a promoção da participação social e da integração social, cultural e econômica dos imigrantes (CIDADE DE SÃO PAULO, 2018), sendo o primeiro órgão público municipal com a atribuição de tratar especificamente a questão migratória.

Outras iniciativas colaboraram na criação da lei, como a formulação do Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2013-2016 que previa a criação e implantação de uma política municipal para migrantes (meta nº 65); a I Conferência Municipal de Políticas para

¹⁰ O documento Políticas migratórias em nível local: análise sobre a institucionalização da política municipal para a população imigrante de São Paulo, descreve detalhadamente o processo de elaboração da PMPI, fruto de uma intensa articulação de atores sociais, incluindo migrantes e refugiados moradores no município de São Paulo. Tal documento apresenta as iniciativas municipais anteriores à PMPI, os eventos intervenientes do processo, a participação social, dentre outros elementos que culminaram numa política de visibilidade nacional e internacional (SAMPAIO; BARALDI, 2019).

Imigrantes em 2013; a elaboração do Diagnóstico do atendimento dos imigrantes pelos órgãos da Prefeitura Municipal de São Paulo entre 2013 e 2014; a realização da I COMIGRAR em 2014; a criação do Centro de Referência e Acolhida do Imigrante (CRAI) também em 2014; a criação do Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População Imigrante em 2015; dentre outras iniciativas.

Em 2015, mediante a emergência dos fluxos migratórios e a necessidade de endereçar as especificidades do acesso a serviços públicos, iniciou-se o processo de elaboração da Lei. O Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População Imigrante foi quem redigiu o texto inicial, com representação de 13 secretarias municipais, 13 organizações da sociedade civil com trabalho reconhecido em migrações e refúgio, e participação de 71 pessoas entre imigrantes e representantes de organizações não-governamentais, instituições acadêmicas, públicas e de associações. Ao ser submetido à consulta pública, o projeto recebeu 159 contribuições e, por unanimidade, foi aprovado na Câmara Municipal de São Paulo (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016b).

Regulamentada pelo Decreto nº 57.533, a Lei Municipal nº 16.478/2016 então denominada Política Municipal para a População Imigrante (PMPI) de São Paulo dispõe de uma política local inédita para a população imigrante em prol da melhoria na articulação e coordenação dos serviços municipais, e estabelece o Conselho Municipal de Imigrantes.

§ 1º Deverá ser criado, no âmbito da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, o Conselho Municipal de Imigrantes, com atribuição de formular, monitorar e avaliar a Política instituída por esta lei, assegurada composição paritária entre o Poder Público e a sociedade civil. (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016a).

Como ações prioritárias na implementação da PMPI, a lei prevê: a garantia aos imigrantes do direito à assistência social; garantia do acesso universal da população imigrante à saúde; garantia do direito do imigrante ao trabalho decente; garantia do direito à educação a todas as crianças, adolescentes, jovens e pessoas adultas imigrantes; a valorização da diversidade cultural; garantia do acesso à população imigrante a programas habitacionais; e inclusão na população imigrante nos programas e ações de esportes, lazer e recreação (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016a).

Esta lei garante acesso dos imigrantes aos serviços públicos, promove o combate à xenofobia e qualquer forma de discriminação, permite a participação política de imigrantes

lhes dando o direito a voto nos conselhos municipais, oferece acesso a canais de denúncia visando à segurança dos imigrantes, e estimula a capacitação e sensibilização de servidores públicos, além da contratação de agentes imigrantes nos serviços. Também garante acesso a programas habitacionais, educação para crianças, adolescentes, jovens e adultos no sistema público municipal, valorização da diversidade cultural por meio da produção cultural e participação da população imigrante na agenda cultural da cidade, dentre outras disposições (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016a).

Atualmente, a temática também está pautada na meta nº 21 do Plano de Metas 2017-2020 da Prefeitura de São Paulo, que inclui o migrante na categoria de população em situação de vulnerabilidade por risco social e econômico, e estabelece melhoria nos encaminhamentos de denúncias contra violências recebidas (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2017).

Por tratar-se de uma cidade com forte presença de imigrantes e de grupos e organizações que defendem seus direitos é que São Paulo foi o primeiro município a ter uma política pública para população imigrante estabelecida em lei. Nos municípios onde há maior presença da população imigrante é que se dá o pensar dos movimentos migratórios e a busca de soluções para as necessidades locais.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IMIGRANTE

No Brasil, a luta pela garantia do direito à saúde foi acompanhada pela luta por democracia e pela busca de mudança do modelo assistencial. Na década de 70, enquanto o movimento popular de saúde reivindicava saúde para todos e buscava ampliar as ações de saúde para além da assistência hospitalar, experiências exitosas de outras partes do mundo resultavam na Declaração de Alma-Ata, que enfatizava a importância da ampliação da cobertura e de oferta de serviços básicos de saúde a toda população (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Nos anos seguintes, documento denominado Carta de Ottawa (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986) estabelecia a promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na própria qualidade de vida e saúde e na prevenção de doenças. Finalmente, marco da redemocratização do Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelecia a garantia do acesso universal a todas as ações e serviços de saúde no país, estabelecendo como diretrizes principais a descentralização do Estado, a integralidade do cuidado e a participação social (BRASIL, 1988).

Criou-se, neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990¹¹ que estabeleceu as bases de seu funcionamento e seus princípios: universalidade, integralidade, igualdade da assistência, direito à informação e sua divulgação, uso de epidemiologia na priorização de ações, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, dentre outros (BRASIL, 1990).

Integrou-se a esse processo um conjunto de ações no primeiro nível de atenção à saúde, denominada Atenção Primária à Saúde (APS) e considerada a porta de entrada dos usuários. Dentre as ações que buscaram o fortalecimento do SUS podemos citar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), e a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu diretrizes e normas para a organização das ações quanto a princípios gerais, responsabilidades de cada esfera do

¹¹ Trata-se da Lei nº 8.080 de 19/09/1990 que, juntamente à Lei nº 8.142 de 28/12/1990 de Gestão do Sistema Único de Saúde, regulamenta as diretrizes estabelecidas na Constituição Federal de 1988, fiscalizando, controlando e especificando a organização das ações e dos serviços do SUS.

governo, infraestrutura e recursos, processos de trabalho, atribuições aos profissionais, Educação Permanente em Saúde (EPS), dentre outras diretrizes (BRASIL, 2006).

O SUS, portanto, é fruto da mobilização da sociedade organizada que buscou reorientar o modelo assistencial passando a priorizar atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Ancorado no princípio da integralidade, determina a necessidade de os profissionais da área da saúde terem um olhar integral sobre o indivíduo numa dimensão biopsicossocial. Isto quer dizer, em outras palavras, prestar assistência além da cura de doenças buscando identificar fatores ambientais, sociais, psíquicos, econômicos e culturais, tornando os profissionais capazes de responder às reais necessidades dos sujeitos em questão, pautados no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) que o amplia declarando que a saúde é constituída por diversos fatores, dentre eles as circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem (WHO, 2008).

No Brasil, constitucionalmente, a saúde é direito de todos (BRASIL, 1988), e todas as pessoas podem recorrer aos serviços ofertados pelo SUS, inclusive os imigrantes como visto na nova Lei de Migração, cuja situação migratória e condição de documentado ou indocumentado não pode ser utilizada como argumento ou barreira para negar o acesso à saúde (BRASIL, 2017). Essa diretriz atende ao princípio da universalidade.

Por definição da PNAB, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm papel fundamental na prevenção de doenças, cuidado integral da população e responsabilidade sanitária, observando critérios de risco, vulnerabilidades, atuando nos princípios como universalidade, participação social e equidade das comunidades onde estão inseridas, além de serem *locus* privilegiado para as ações educativas. Para tanto, contam com a atuação das equipes da ESF, dos Núcleos de Apoio das equipes de Saúde da Família (NASF) e dos Consultórios de Rua (BRASIL, 2012a). Estas equipes são multiprofissionais e contam, inclusive, com a participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que têm demonstrado papel fundamental na integração dos imigrantes ao sistema público de saúde.

Comumente, os imigrantes são encaminhados às UBS pelos ACS – ou, como é o caso do município de São Paulo, por organizações como Missão Paz, Centro de Apoio e Pastoral do Migrante (CAMI) ou Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Migrante (CDHIC) (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017). Os ACS atuam de acordo com as atribuições do cargo: “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” e “informar os demais

membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (BRASIL, 1997, p. 18).

O artigo 4º da Política Municipal para a População Imigrante (PMPI) de São Paulo justifica a contratação de ACS imigrantes, uma vez que, conhecedores da realidade das populações imigrantes, têm mais facilidade para identificar as necessidades dos diferentes grupos (NUNES et al., 2002; PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016a). A importância do ACS pode ser exemplificada com o trabalho do “Seu Jorge”, um ACS boliviano da UBS Bom Retiro que, por meio de uma parceria com a rádio local, difunde informações de saúde aos ouvintes bolivianos que trabalham em oficinas de costura, modificando positivamente a relação entre a equipe de saúde e a população boliviana do bairro (STEFFENS; MARTINS, 2016).

Há de se destacar o desafio enfrentado pelos profissionais de saúde diante de uma população imigrante. Segundo autores, a promoção da saúde e a prestação universal dos serviços caracterizam um dos principais desafios acometidos pelos fenômenos migratórios (PADILLA; MIGUEL, 2009). A diversidade cultural do Brasil suscita uma série de reflexões acerca dos desafios enfrentados pelos serviços e profissionais, além da necessidade de inclusão desse tema em protocolos e diretrizes.

Como visto, o artigo 4 da Lei de Migração (BRASIL, 2017), por exemplo, reafirma o direito de acesso a serviços de saúde pelos imigrantes, o que já era previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado por meio do acesso universal e igualitário. No entanto, em políticas de saúde para populações específicas, como a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004), não há diretrizes voltadas à essa parcela da população. Embora haja um reconhecimento das especificidades culturais das mulheres indígenas e quilombolas, tal política não faz referência às mulheres imigrantes, indicando sua invisibilidade. Desta forma, torna-se dificultoso o alcance do princípio da equidade, que tem por objetivo diminuir as desigualdades considerando as especificidades de cada indivíduo.

Os imigrantes presentes no território trazem padrões de comportamento relacionados à saúde muito específicos de cada cultura. O ato migratório, por si só, faz com que os migrantes enfrentem uma série de fatores que os colocam em situação de vulnerabilidade de sua integridade física e mental, ora pelas condições precárias de trabalho, moradia e transporte, ora pela situação sanitária precária típica das aglomerações urbanas

(WHO, 2010). Desta forma, é de suma importância sempre questionar se os princípios, diretrizes, protocolos e manuais que regem o SUS, de fato, são suficientes em relação à promoção da saúde dos imigrantes e se os profissionais de saúde são instrumentalizados e capacitados para lidar com essa demanda.

Considerando que as ações de saúde devem ser norteadas também pela integralidade, eixo prioritário das políticas públicas em saúde, há que se superar as dificuldades para incorporar as diversas características culturais. Segundo Moro (2015), cada sistema cultural engloba uma língua, um sistema de parentesco, técnicas e modos de fazer. A autora defende que, tratando-se de eventos migratórios, é necessário levar em consideração a cultura do indivíduo, suas representações e considerar suas possíveis consequências traumáticas e inscrição em uma nova sociedade e nova língua.

3.1 Panorama do acesso de imigrantes à saúde, no município de São Paulo

Concomitante ao processo de elaboração da PMPI, foi criada, em 2015, a Política Municipal de Saúde para Imigrantes e Refugiados, no município de São Paulo. Tal iniciativa visava a inclusão e o fortalecimento do acolhimento nos processos de trabalho voltados às ações em saúde e fomentava a necessidade de levantamento acerca do acesso aos serviços de saúde pela população imigrante, tão necessário para o planejamento de ações (GAETA et al., 2017).

De acordo com a Secretaria Municipal das Subprefeituras, o município de São Paulo é organizado em 32 grandes regiões administrativas denominadas subprefeituras (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2019). Último levantamento, realizado em 2017, apontou Sé, Mooca, Penha, Vila Maria/Vila Guilherme e São Mateus como as subprefeituras com maior número de imigrantes (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017).

A subprefeitura Sé, região central da capital paulista, abrange os distritos do Bom Retiro, Santa Cecília, Consolação, Bela Vista, República, Liberdade, Cambucí e Sé, compõe um território de 26,2 km², população estimada em 431.106 habitantes e possui a maior concentração de imigrantes cadastrados no CadÚnico¹² (12,5% do total) (SÃO PAULO

¹² CadÚnico – Cadastro Único, uma iniciativa do Governo Federal que dispõe de um conjunto de informações sobre as famílias brasileiras em situação de pobreza e extrema pobreza.

COSMÓPOLIS, 2017). Essa concentração tem demandado cada vez mais a atenção voltada a todos os aspectos fundamentais de organização social, sobretudo a saúde dessa população e suas especificidades (CAETANO; DAIN, 2002; ESCOREL et al., 2007).

No entanto, muitas instâncias têm reconhecido a ausência ou deficiência na produção de dados que auxiliem a dinâmica de elaboração de diretrizes e estratégias no atendimento a demandas específicas como é o caso dos imigrantes. A própria Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) reconhece a dificuldade em obter dados sobre o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, e isto está atrelado a questões cadastrais, em que alguns documentos não possuem esse registro de nacionalidade ou às opções de raça que não contemplam a todos (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

De acordo com o levantamento divulgado pela Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) da SMS-SP de 2015, o número de imigrantes com Cartão Nacional de Saúde, o “cartão SUS”, era de 39.474, sendo os bolivianos 31,3% deste total. As pirâmides etárias do estudo revelaram que há maior concentração da população italiana e japonesa na faixa de idade acima de 60 anos. Já a população de imigrantes bolivianos, chineses e sul coreanos, principalmente, é composta por adultos jovens, o que os torna maioria na estatística de nascimento (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015, p. 14).

Os dados sobre nascidos vivos indicam que entre 2012 e 2014, 3% dos partos de nascidos vivos na capital foram de mulheres de outras nacionalidades, totalizando 15.267 partos neste período, com destaque para as bolivianas que em 2014 responderam por 53% dos nascidos vivos entre as mulheres imigrantes (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015, p. 17).

Quanto à cobertura pré-natal, as mulheres nigerianas, haitianas e bolivianas apresentaram menor cobertura (de zero a três consultas), enquanto as mulheres sul coreanas, libanesas e argentinas apresentaram, no geral, sete ou mais consultas (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015, p. 19). A gravidez, parto e puerpério foram as principais causas de internação das mulheres imigrantes em 2014 representando 60,8% do total (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015, p. 36).

No entanto, atender as demandas dos imigrantes tem sido um desafio muito grande para os profissionais. Em um levantamento realizado junto às unidades que atendem imigrantes, a SMS-SP relatou que, de acordo com os profissionais, a principal dificuldade encontrada em relação ao atendimento desta população tem sido a “barreira linguística”

frente aos diversos idiomas e dialetos (apontada por 85,9% dos estabelecimentos), “diferenças culturais” (12,0%) e “adesão ao tratamento proposto” (10,3%) (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015, p. 31).

Outro levantamento ainda apontou como principais dificuldades relatadas pelos profissionais: desconhecimento dos imigrantes em relação aos seus direitos e serviços de referência, a falta de investimentos financeiros, déficit de informação sistematizada, déficit de agentes públicos imigrantes, pouca articulação entre os órgãos públicos, dentre outras (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017).

O documento Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016) da SMS-SP (GAETA et al., 2017), descreve as ações desenvolvidas para atenção à saúde de imigrantes e refugiados. Dentre essas ações, a disposição dos dados dos imigrantes pela CEInfo, por exemplo, auxiliou no processo de enfrentamento do problema. O Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2014-2017, que estabeleceu metas em relação aos serviços de saúde, fez referência ao tema imigração em 13 das estratégias estabelecidas, juntamente a outras populações específicas como idosos, LGBTT, pessoas em situação de rua, dentre outros (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2014a), o que demonstrava uma significativa preocupação com a temática, além da inclusão do tema na Programação Anual de Saúde de 2016 (GAETA et al., 2017).

Apesar desses esforços, observa-se pouca sustentação do planejamento das ações ao longo dos anos. A Programação Anual de Saúde de 2017, já subordinada a uma nova gestão municipal, incluiu a subárea temática “Saúde do Imigrante e Refugiado” (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2017b), no entanto, no Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2018-2021 a temática foi incluída em apenas 1 das estratégias do documento, e se limita a um incremento de 50% de registro do país de origem nos cadastros realizados pelos serviços de saúde (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2018a).

O Programa Avança Saúde SP, de 2018, também de âmbito municipal, destina um breve subcapítulo à temática, considerando como uma questão ambiental e social (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2018b). Porém, o texto é pouco reflexivo e limitado ao contexto histórico da imigração, pouco conversa com os dados disponibilizados sobre imigrantes ou elenca suas especificidades.

O decreto nº 57.533 de 15 de dezembro de 2016, que regulamenta a PMPI, prevê em seu 10º artigo “a formação intercultural, sobre migrações e em línguas”, direcionada aos equipamentos de saúde com maior fluxo de imigrantes. Sugere-se, ainda, que esta formação ocorra “por meio de oficinas ou cursos ministrados por imigrantes e refugiados, pela contratação de agentes públicos imigrantes” e ainda dá abertura para que unidades com maior fluxo de atendimento designem um mediador cultural que, dentre outras competências, articule a comunicação entre os profissionais e os usuários (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016a, n.p).

No site da Prefeitura de São Paulo encontra-se o eixo “Formação de Servidores”, pertencente à Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig) da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC)¹³, que destaca a capacitação e sensibilização de servidores públicos como meta prioritária. Não foram encontrados no site dispositivos que direcionem a cursos de idiomas para profissionais, e o único relatório disponível das oficinas de capacitação para servidores da área da saúde corresponde ao ano de 2014.

Segundo o relatório final de Qualificação da Atenção à População Imigrante por Agentes Públicos (2014b), a implementação desta meta prioritária se deu por um mapeamento prévio das maiores dificuldades enfrentadas no atendimento a imigrantes, sendo a principal delas a dificuldade com o idioma (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017). As dificuldades, elencadas por servidores municipais de diversas áreas, embasaram a inclusão da temática dos migrantes no Curso de Atualização em Excelência no Atendimento ao Cidadão (EAC) de 2014 em escolas regionais da rede pública, voltado para assistentes de gestão de políticas públicas. A CPMig ministrou 4 oficinas diretas capacitando e sensibilizando 96 servidores, desta vez, atingindo profissionais da ponta (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2014b).

Destacamos, também, as iniciativas das próprias organizações sociais como, por exemplo, a Equipe de Base Warmis, um grupo formado por mulheres voluntárias e pertencente ao Organismo Internacional Convergência das Culturas. A equipe dispõe de uma cartilha sobre violência obstétrica traduzida em 3 idiomas (português, inglês e espanhol) e coordena o Projeto de Saúde da Mulher Migrante Latino-Americana em São Paulo que, em

¹³ Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/imigrantes_e_trabalho_decente/programas_e_projetos/index.php?p=198964>. Acesso em: 16 abr. 2019.

colaboração com outros grupos sociais, acolhem as demandas das mulheres e realizam encontros com mulheres e seus filhos e gestantes, sobre saúde reprodutiva¹⁴.

Contudo, nota-se que a consolidação da operacionalização de uma política de atenção à saúde de imigrantes ainda é um desafio no município de São Paulo e necessita de muitas reflexões e avanços.

3.2 Assistência pré-natal de mulheres imigrantes

De acordo com o relatório da CEInfo, as UBS foram os estabelecimentos que apontaram maior atendimento aos imigrantes (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015, p. 31), e a busca dos imigrantes pelos serviços públicos de saúde se dá, em sua maioria, por mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, principalmente de origem boliviana, chinesa e paraguaia (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015, p. 34).

Vale ressaltar que a gestação, parto e puerpério são momentos peculiares no acolhimento das mulheres imigrantes e merecem atenção especial já que a literatura indica que muitas mulheres, além de sofrerem violência obstétrica, apresentam piores indicadores de saúde, como maior mortalidade materna, perinatal e infantil, prematuridade e baixo peso ao nascer (DIAS; ROCHA, 2009).

A grávida imigrante vivencia simultaneamente dois processos de transição. Um deles diz respeito à imigração e todas as transformações que acompanham o ato migratório, e, por outro lado, a mulher imigrante e grávida atravessa as transformações da própria gestação e da maternidade. Por isso, além das alterações do processo gravídico, as mulheres imigrantes podem ser contextualizadas, de um modo geral, em um estado de estresse pelas dificuldades que permeiam a adaptação em um local diferente do seu local de origem, e essas dificuldades podem, inclusive, repercutir nos resultados perinatais como baixo peso do recém-nascido e desnutrição (GREWAL; BHAGAT; BALNEAVES, 2008).

De acordo com Sopa (2009), gestantes imigrantes apresentam alterações físicas e psicológicas próprias da gravidez e da maternidade, e as dificuldades que enfrentam em situação de adaptação e aculturação no contexto da migração fazem com que a maternidade vivida possa resultar em sentimentos de angústia e ansiedade. Além disso, McLeish (2002)

¹⁴ Mais informações disponíveis em: <<http://www.warmis.org/>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

defende que a falta de comunicação e as diferenças culturais podem levar à insegurança e à dificuldade na construção de vínculos de confiança entre os profissionais que assistem essas mulheres. Almeida e Caldas (2012) afirmam que uma comunicação empobrecida pode prejudicar o reconhecimento de primeiros sintomas e resultar em atraso de diagnósticos por parte dos profissionais, bem como ao não cumprimento, por parte da mulher imigrante, de terapias prescritas.

Outra questão elencada por autores é a subutilização dos serviços de saúde, podendo ter um impacto significativo na saúde das mulheres imigrantes (GREWAL; BHAGAT; BALNEAVES, 2008). Estudos indicaram 20% de mortes maternas relacionadas com a gravidez, direta ou indiretamente, verificadas em mulheres com acompanhamento pré-natal reduzido, tardio ou inexistente. A associação entre o início dos cuidados pré-natais em gestação tardia e desfechos perinatais desfavoráveis, reforçam a importância de um cuidado pré-natal adequado, muitas vezes não realizado pelas mulheres imigrantes (BRAGG, 2008).

A assistência pré-natal adequada tem grande potencial na redução das principais causas de mortalidade materna e neonatal que são, inclusive, consideradas causas evitáveis. O pré-natal de qualidade permite a realização regular de exames auxiliando na detecção precoce de doenças e/ou agravos e proporciona apoio emocional à gestante e seus familiares, contribuindo para o sucesso dos desfechos perinatais (BRASIL, 2013a).

Outra potencialidade do pré-natal prevista pelo MS é a prática de Educação em Saúde que pode ser realizada de forma individual ou coletiva por meio de grupos para gestantes, sala de espera, ações comunitárias etc. (BRASIL, 2013b).

As ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica podem contribuir com a saúde das mulheres imigrantes e de seus filhos. Entretanto, estudos indicam que, embora as mulheres imigrantes venham buscando os serviços da Atenção Básica, com destaque para o pré-natal, os profissionais de saúde, em geral, não estão devidamente preparados para essa atuação (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

Pensando nas especificidades culturais e na vulnerabilidade, principalmente, de mulheres imigrantes em período gestacional (GREWAL; BHAGAT; BALNEAVES, 2008; BAUBET; MORO, 2013; TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013), fica evidente a necessidade de compreender como se dá esse processo na prática, visando à contribuição para o fortalecimento da promoção da saúde e formulação de políticas públicas.

4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: ALTERNATIVAS PARA O CUIDADO NUMA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

4.1 Educação em Saúde e Educação Popular em Saúde

As ações de Educação em Saúde no Brasil têm sido desenvolvidas há décadas e, como exemplo, citamos a criação do cargo de visitador sanitário em 1931, como uma das respostas voltadas para prevenção e enfrentamento dos agravos resultantes das doenças infecciosas do período. O visitador sanitário realizava ações de educação sanitária por meio de visitas domiciliares e orientações de higiene voltadas à prevenção de doenças, por meio de cartilhas, palestras e campanhas. As informações eram transmitidas de maneira vertical, pontual e autoritária (MASCARENHAS, 1973; PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017).

Exemplo clássico na literatura de como se davam as práticas educativas em saúde na época, é a obra do escritor infanto-juvenil Monteiro Lobato, que criou em seu livro *Urupês*, de 1918, o personagem Jeca Tatu, um trabalhador rural que sofria de *amarelão*, uma doença posteriormente denominada ancilostomose, e denunciava em sua obra as precárias condições de vida da população. No entanto, à época, as campanhas sanitárias utilizavam a figura do personagem indicando que as origens dos problemas eram de responsabilidade individual, não contextualizando de maneira crítica os problemas sanitários (FALKENBERG et al., 2014).

Insatisfeitos com as práticas de saúde sanitaristas de cunho prescritivo e autoritário, caracterizadas pela transmissão de conhecimentos, movimentos populares e de profissionais da área da saúde passaram a desenvolver novas formas de pensar e promover saúde. Fruto desse processo foi a inclusão de temas relativos à saúde nos currículos escolares, produção de materiais educativos sobre saúde, formação permanente dos servidores em saúde, dentre outras iniciativas que resultaram no que conhecemos hoje por Educação em Saúde (PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a Educação em Saúde é definida como “um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população”, tratando-se de um conjunto de práticas que contribui para o aumento da “autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os

gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2009, p. 22).

A Educação em Saúde é uma estratégia decorrente de um processo político pedagógico que propõe o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo entre os profissionais e a comunidade, capacitando, assim, o indivíduo na tomada de decisão tanto no âmbito da saúde quanto em diversas esferas da vida social (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; BRASIL, 2007). Para Cervera, Parreira e Goulart (2011), a Educação em Saúde é um instrumento de trabalho que privilegia o intercâmbio entre conhecimento, conscientização e construção de indivíduos críticos, além de estimular a escuta e o diálogo proporcionando vínculo entre as equipes dos serviços públicos de saúde e a população.

Diferentemente da educação sanitária, a prática de Educação em Saúde não se limita a prescrições e orientações verticais e nem se trata de mudar o comportamento das pessoas. A Educação em Saúde objetiva proporcionar reflexões que capacitem o indivíduo no melhor entendimento sobre sua saúde e qualidade de vida, considerando sempre seu contexto biopsicossocial (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; BRASIL, 2007).

O trabalho de Educação em Saúde passou, então, a permear todas as vertentes do cuidado, sendo realizado dentro das casas, nas escolas – pelas equipes de saúde através do Programa Saúde na Escola (PSE) –, em campanhas e até mesmo em procedimentos como vacinação, consultas médicas, de enfermagem e de outros profissionais, e grupos de apoio. Sendo reconhecido, portanto, como uma proposta que garante bons resultados na compreensão e empoderamento da população frente aos diversos cuidados de saúde (PINTO; SANTIAGO; SANTOS, 2017).

Mesmo com tal reconhecimento e, devido a ele, ser um tema recorrentemente abordado nas escolas de formação, muitas vezes a abordagem é realizada de maneira vertical, o que contraria os princípios da Educação em Saúde. Ou seja, o distanciamento entre a teoria e a prática dificulta a ação dos profissionais no cotidiano das unidades de saúde. O que se vê na prática, são ações que buscam mudar o comportamento das pessoas com técnicas verticalizadas e pouco problematizadoras do contexto de vida dos indivíduos. Deste modo, podemos considerar que o conceito de Educação em Saúde foi um avanço para a promoção da saúde, mas por reproduzir os moldes do que Paulo Freire - um dos maiores

educadores do século XX - denomina “educação bancária” (FREIRE, 1987), esse avanço não foi suficiente.

Nela [educação bancária], o educador aparece como seu indiscutível agente, como o seu real sujeito, cuja tarefa indeclinável é “encher” os educandos dos conteúdos de sua narração. Conteúdos que são retalhos da realidade desconectados da totalidade em que se engendram e em cuja visão ganhariam significação. A palavra, nessas dissertações, se esvazia da dimensão concreta que devia ter ou se transforma em palavra oca, em verbosidade alienada e alienante. Daí que seja mais som que significação e, assim, melhor seria não dizê-la. (FREIRE, 1987, p. 33).

A Educação em Saúde, muitas vezes é entendida como um processo de fazer com que as pessoas mudem seus hábitos de vida com práticas higiênicas e recomendações médicas, evitando, assim, o desenvolvimento de doenças. Para Freire (1987), o educando e o educador devem ser protagonistas do aprendizado, permitindo a construção conjunta de conhecimentos e habilidades necessárias à resolução dos problemas, com base na reflexão, no diálogo e na participação social. Assim, tem-se a produção de conhecimentos contextualizada e condizente com a realidade. O que Paulo Freire denominou “educação popular”, no âmbito da saúde, se traduz em ajudar a população a compreender as causas das doenças e a se organizar a fim de superá-las (VASCONCELOS¹⁵, 1997 apud GOMES; MERHY, 2011).

Foi assim que, na década de 60, os esforços no redirecionamento das práticas de saúde foram inspirados nos conceitos de educação popular de Paulo Freire e estruturados enquanto movimento articulado, incorporando às práticas educativas em saúde a participação e o saber populares, e abrindo espaço para processos educativos mais democráticos e participativos. A Educação Popular em Saúde surge como uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde, e não apenas uma prática no setor de saúde (STOTZ; DAVID; WONG UN, 2005).

Em 1991, durante o I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, realizado no município de São Paulo, foi criada a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde que, em 1998, recebeu o nome de Rede de Educação Popular e Saúde. No ano de 2003, encontros estaduais culminaram em um encontro nacional no qual se instituiu a Articulação

¹⁵ VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) (GOMES; MERHY, 2011).

Inicialmente, a Educação Popular em Saúde esteve vinculada à Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS), coordenada pela Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (SGETS). Em 2005, foi inserida na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), o que fortaleceu sua identidade enquanto projeto de democratização do SUS. Já no ano de 2009, foi criado o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) e seus avanços resultaram, em 2012, na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2014).

Ainda hoje, a PNEPS é sustentada por seis princípios teórico-metodológicos: diálogo, compreendido enquanto encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente; amorosidade, envolvendo acolhimento, afetividade e humanização; problematização, por meio de relações dialógicas alicerçadas em leitura e análise crítica da realidade; construção compartilhada do conhecimento, enquanto construção de práticas de maneira participativa e criativa; emancipação, superando todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência; e compromisso com a construção do Projeto Democrático Popular, entendido como a construção de uma sociedade justa, democrática, igualitária e culturalmente diversa (BRASIL, 2013b).

A Educação Popular em Saúde, portanto, permite a inclusão de novos atores no campo da saúde. Tem por ponto de partida os saberes prévios dos envolvidos e permite que as equipes de saúde ampliem suas práticas dialogando com os saberes populares. A maior organização e participação popular nesse contexto resulta em cidadãos produtores de sua própria história. Valorizando a troca de saberes populares e científicos, a Educação Popular em Saúde enriquece o campo da saúde e representa um modo brasileiro de promover saúde, além de ser intrinsecamente relacionada aos princípios e diretrizes que regem o SUS, como universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social (GOMES; MERHY, 2011; BRASIL, 1990).

Embora a Educação Popular em Saúde revele-se desafiadora para gestores, gerentes e profissionais da saúde que ainda atuam distantes das práticas emancipatórias, de acordo com o II Caderno de Educação Popular em Saúde, trata-se de uma ferramenta estratégica na redução de desigualdades e iniquidades sociais, “além de fortalecer as construções em prol

das diversidades culturais e das possibilidades de estar e ser no mundo” (BRASIL, 2014, p. 10), muito pertinente em uma realidade com tamanha diversidade cultural, como é o caso do Brasil.

Frente a isso, com o propósito de articular a diversidade cultural do país – marcada pelas diferenças culturais de brasileiros e pela presença de imigrantes – e os princípios da universalidade, equidade e integralidade que regem o sistema público de saúde brasileiro, consideramos que a prática de Educação Popular em Saúde pode se beneficiar da incorporação de elementos da teoria transcultural, apresentada no subcapítulo a seguir.

4.2 Ações educativas em saúde na perspectiva transcultural

Na década de 1950, nos Estados Unidos da América (EUA), enfermeiras interessadas no cuidado humanizado e no entendimento do comportamento humano na saúde e na doença mediante o contexto cultural dos indivíduos, buscaram seu aprimoramento nos programas de pós-graduação em antropologia na tentativa de conciliar os objetivos da antropologia com os da enfermagem. Resultado disso foi o desenvolvimento da Teoria Transcultural da Enfermagem, de Medelaine Leininger, que se expandiu ao longo dos anos e se consolidou a partir de 1983 (LEININGER¹⁶, 1986 apud GUALDA; HOGA, 1992).

Para Leininger, na perspectiva transcultural, o cuidado é a essência da enfermagem. Sua teoria permite o reconhecimento de valores, crenças e padrões de comportamento relacionados à saúde e à doença, sendo, portanto, o cuidado a essência da enfermagem, e a enfermagem transcultural a essência do cuidado a indivíduos de diferentes heranças culturais. Nesse sentido, considera-se importante conhecer as diferenças de padrões de comportamento de pessoas com bagagem cultural diversificada. Segundo a autora, se os aspectos culturais da necessidade humana não forem considerados, as ações em saúde podem ser ineficazes, podendo trazer consequências desfavoráveis aos assistidos, devendo ser os valores e práticas de cuidado específicos de cada cultura a direção para a prática de enfermagem (LEININGER¹⁷, 1988 apud GUALDA; HOGA, 1992).

¹⁶ LEININGER, M. M. Transcultural nursing; quo vadis (where goeth the field)? In: **11th Annual Transcultural Nursing Conference**. Memphis, p. 1-15, 1986.

¹⁷ LEININGER, M. M. **Caring: an essential human need**: proceedings of the three National Caring Conferences. Detroit: Wayne State University Press, 1988. 157 p.

O objetivo desta teoria vai além da apreciação de culturas diferentes. Possibilita a prática do cuidado universal e culturalmente adequado, tornando o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasados, conceituados, planejados e operacionalizados. Uma vez aplicada, a teoria permite o entendimento do comportamento humano na saúde e na doença, partindo da premissa de que o conhecimento e a compreensão do elemento cultural são fatores decisivos para a promoção e manutenção eficientes da saúde (LEININGER¹⁸, 1978 apud GUALDA; HOGA, 1992).

São alguns dos pressupostos da Teoria Transcultural da Enfermagem de Leininger: a enfermagem como um fenômeno cuja essência é a transculturalidade, levando em consideração diferentes orientações culturais ou estilos de vida específicos de determinada cultura; a cultura como determinante e embasamento de um cuidado eficaz; o cuidado como um comportamento peculiar de cada cultura, que geralmente é bem conhecido pelos integrantes da própria cultura, mas frequentemente desconhecido por enfermeiros com bagagem cultural diferente; o cuidado como essência da enfermagem e o cuidado a indivíduos de diversas heranças culturais como essência da enfermagem transcultural; as práticas da enfermagem transcultural devem variar conforme a estrutura social e o sistema cultural; as formas simbólicas do cuidado de enfermagem e seu respectivo significado estão intimamente relacionados às normas e crenças culturais que demandam determinados grupos (LEININGER¹⁹, 1981 apud GUALDA; HOGA, 1992).

No sentido de auxiliar a análise do significado de cuidado nas diversas culturas, Leininger propôs o modelo que denominou "Sunrise Model". Simbolizado pelo nascer do sol, representa a universalidade no ato de cuidar. Na porção superior de um círculo, do modelo, encontram-se os componentes interdependentes que compõem a estrutura social – interrelação dos sistemas religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural - e os fatores da visão do mundo, que influenciam o cuidado e a saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental. Esses fatores influenciam também o sistema de saúde, representado na porção inferior do modelo, que é composto pelo sistema popular (oferta de serviços com base nas práticas tradicionais de cuidado ou de cura) e profissional (serviços de cuidado organizado e ofertado por profissionais capacitados). A junção das duas porções

¹⁸ LEININGER, M. M. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practice. New York: John Wileys & Sons, 1978.

¹⁹ LEININGER, M. M. **Caring**: na essential human need. Thorofare: Charles B. Slak, 1981.

resulta num sol completo que corresponde ao universo a ser explorado pelos enfermeiros para que se conheça o cuidado humano e sua relação com a saúde (GUALDA; HOGA, 1992).

Segundo Gualda e Hoga (1992), estudos na área da saúde que se apropriam da teoria da transculturalidade como referencial teórico e/ou metodológico, exercem importante influência nos modos de promover saúde, uma vez que contribuem com a formação de profissionais capazes de implementar o cuidado universal, integral e equânime. Em um país como o Brasil, caracterizado pela multiplicidade de culturas, determinada pela própria história, estudos nessa perspectiva tornam-se fascinantes.

Se para Leininger o cuidado é a essência da enfermagem e o cuidado a indivíduos de diversas heranças culturais é a essência da enfermagem transcultural, ações educativas em saúde que levem em consideração os saberes populares, crenças, valores, e padrões de comportamento relacionados à saúde, possuem grande potencial na resolução de demandas da população, inclusive de populações etnicamente distintas.

Considerando que as ações educativas constituem uma dimensão importante das atividades em saúde e uma ferramenta potente no cuidado humanizado e integral, possibilitando, inclusive, a incorporação da diversidade cultural pelos profissionais (SOUZA, 2011; FALKENBERG et al., 2014), é de fundamental importância conhecer as ações educativas oferecidas no pré-natal das mulheres imigrantes, uma vez que já tem sido considerado um momento crucial e de vulnerabilidade na vida destas mulheres. Assim, buscando contribuir para o fortalecimento e formulação de políticas públicas, o presente estudo busca identificar *se* e *como* se dá a promoção da saúde às mulheres imigrantes por meio de ações educativas no pré-natal.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Identificar ações educativas realizadas no pré-natal de mulheres imigrantes.

5.2 Objetivos específicos

- Descrever quais atividades educativas são realizadas no pré-natal de mulheres imigrantes;
- Identificar se elementos culturais são considerados nas orientações prestadas pelos profissionais de saúde;
- Descrever como os elementos culturais são manejados nas ações educativas.

6 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Para Minayo (2002), a partir do momento em que o pesquisador elege o tema da pesquisa, é necessário analisar as possibilidades de realização da mesma e determinar os caminhos que serão percorridos (MINAYO, 2002). De tal forma, destacamos o aspecto processual da pesquisa, detalhamos as estratégias que foram utilizadas, como se deu a escolha do local e dos participantes do estudo, os procedimentos de análise adotados e os aspectos éticos que foram considerados para a realização da pesquisa.

6.1 O tipo da pesquisa

Para este estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa. No campo da Saúde Coletiva, estudos qualitativos são considerados ferramentas fundamentais na abordagem de questões que permeiam o processo saúde-doença dos indivíduos devido à possibilidade de análise do que é vivenciado pelos sujeitos em seu contexto social, compreendendo as ações humanas por meio de seus sentidos, crenças, representações, sentimentos e valores que não podem ser quantificados (MINAYO, 2006). Estudos qualitativos exprimem a capacidade de compreender a realidade empírica na área da saúde (HAGUETTE, 1992).

Tais estudos suprem as lacunas deixadas pela pesquisa positivista e seus métodos (ALVES, 2007). Em um movimento de contestação à ortodoxia em ciência, o autor já nos alertava quanto ao valor do conhecimento adquirido fora dos padrões científicos matemáticos, sugerindo que a ciência nada mais é do que “um processo de desenvolvimento progressivo do senso comum” (ALVES, 2007, p. 9). Alcançar uma visão global e crítica do mundo e do conhecimento humano é, portanto, a garantia de contribuições efetivas às reais necessidades da sociedade.

Ancorada nas reflexões construcionistas da Psicologia Social, esta pesquisa procurou considerar a construção de sentidos de determinados temas a partir das experiências vividas no cotidiano dos profissionais de saúde. Spink (2010) explica que, no Construcionismo Social, o sujeito é concebido por uma construção histórico-social, ou seja, tudo depende de seu contexto cultural e histórico, e as práticas sociais é que produzem o conhecimento e constituem a realidade.

Para Lupicínio Iñiguez (2000), a produção de conhecimento na perspectiva construcionista não é pautada na investigação que busca uma verdade absoluta, já que, segundo o autor, há nada absoluto, verdadeiro e definitivo, uma vez que os elementos que compõem a postura construcionista são o anti-essencialismo, o questionamento das “verdades absolutas”, o relativismo, a determinação cultural e a historicidade do conhecimento, com a linguagem como pilar da construção do conhecimento. Trata-se o conhecimento como produção social.

6.2 O local de estudo

Estudo elaborado por Aguiar, Neves e Lira (2015) indicou que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com maior concentração de atendimento a imigrantes na rede pública de saúde do município de São Paulo estão localizadas na região central da capital paulista. Inicialmente, uma UBS localizada no bairro do centro expandido foi procurada para a realização do estudo, mas após três visitas consideramos que não seria possível realizar a pesquisa naquela unidade. Devido à boa receptividade do gerente de outra unidade, uma UBS da região central foi o local escolhido para a realização da pesquisa.

O primeiro contato com o gerente da unidade foi realizado em 2017. Quando o estudo foi realizado, a unidade era gerenciada por uma Organização Social de Saúde e era composta por seis equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), participantes do Programa Mais Médicos e duas equipes de Consultório de Rua de uma organização não governamental ligada à Igreja Católica.

6.3 Aproximação com o campo

A definição da população do estudo, bem como das estratégias utilizadas para este trabalho que serão descritas adiante, representam o resultado de uma exploração prévia do campo.

De acordo com Minayo (2002), a aproximação com o campo possibilita verificar a viabilidade da pesquisa, a possibilidade de atender ou não às expectativas dos participantes,

os efeitos que ela pode produzir, além de estabelecer vínculos de confiança, cooperação, empatia e diluir obstáculos.

Foram realizadas, portanto, visitas à unidade e conversas informais com o gerente e outros profissionais que se colocavam à disposição, germinando vínculos afetivos, descobrindo possibilidades e percebendo necessidades presentes dentro daquela realidade.

6.4 Aspectos éticos da pesquisa

O compromisso ético com a condução da pesquisa esteve presente durante todo o estudo pois, de acordo com Spink e Menegon (1999), na realização de pesquisas com seres humanos não se pode considerar apenas as questões burocráticas previstas pelos comitês de ética em pesquisa, como o preparo de documentos e termos de consentimento aplicados aos participantes do estudo. É necessário atentar para a exposição dos participantes, garantindo o anonimato dos mesmos e mantendo relações igualitárias e de cooperação, abrindo mão do exercício de poder por parte do pesquisador que deverá sempre estar atento a não se posicionar de forma superior frente aos participantes ou forçá-los a fazer algo que não queiram. Numa perspectiva construcionista, a autocrítica do pesquisador também é fundamental, assim como a reflexão e dialogia entre pesquisadores e participantes, que devem ser constantes durante todo o processo.

O projeto foi inserido na Plataforma Brasil, nº CAEE 80635817.0.0000.5390, submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EACH/USP e, por respeitar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012b), foi aprovado (ANEXO A).

6.5 Definindo a população do estudo

Inicialmente, cumprindo com as exigências do CEP quanto à quantificação dos sujeitos do estudo, foram estipulados oito profissionais de saúde, todos envolvidos com atendimento pré-natal de mulheres imigrantes, conforme conversas informais durante a aproximação com o campo: o gerente da unidade, a nutricionista, a ginecologista obstetra,

o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que é imigrante, duas ACS com mais tempo de casa, a dentista e algum participante do Programa Mais Médicos.

Já era previsto que esse número de profissionais dependeria da dinâmica da unidade e da necessidade de incluir no estudo outros profissionais. No decorrer da pesquisa, perdemos o contato com a ginecologista e com o ACS de outra nacionalidade (que deixaram de fazer parte do quadro de funcionários da unidade) e com a nutricionista, pertencente à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que não autorizou a entrevista. Durante o estudo ocorreu a troca do gerente da unidade e tivemos que estabelecer vínculo com o novo gerente.

Contamos então com nove participantes do estudo: duas ACS com mais tempo de casa que se voluntariaram em participar do estudo durante conversas informais; três médicos do Programa Mais Médicos que também se voluntariaram; um enfermeiro de uma das equipes que mais atendem gestantes imigrantes; uma enfermeira de outra equipe com grande número de atendimentos a gestantes imigrantes; uma tradutora chinesa²⁰; e a dentista, acompanhada de sua auxiliar e técnica em saúde bucal.

6.6 Estratégias metodológicas

Foram utilizadas duas estratégias metodológicas: observação participante e entrevistas semiestruturadas.

6.6.1 Observação participante

Para a contextualização da prática dos profissionais nas ações educativas de pré-natal, foi realizada a observação participante.

A observação participante tem sua origem na Escola de Chicago em 1920. Em 1922, o antropólogo polonês Bronislaw Malinowski trouxe contribuições importantes ao método

²⁰ Ressalta-se que a tradutora chinesa entrevistada, assim como qualquer outro tradutor, não faz parte do quadro de funcionários da UBS, tampouco trata-se de uma profissional de saúde da atenção básica. A contratação do serviço de tradução ocorre informalmente, e os tradutores participam das consultas como acompanhantes das gestantes. Consideramos importante sua inclusão na pesquisa devido sua participação e influência na dinâmica das consultas de pré-natal, como relatado no capítulo a seguir.

através de sua principal obra onde descreve sua inserção entre os nativos das Ilhas Trombiand, no Pacífico. Tais contribuições combinavam objetividade científica e vivência pessoal trazendo mais consistência ao campo científico (MINAYO, 2006).

Não se trata apenas de uma descrição do campo observado, mas sim da busca pelo sentido, modos de pensar e de agir. Em sua obra, Malinowski caracterizou a descrição da constituição tribal e da cultura como um esqueleto, a vida cotidiana e comportamento habitual como carne e sangue, e os pontos de vista e opiniões desse cotidiano como espírito (MINAYO, 2006).

Portanto, através da observação participante, o pesquisador é capaz de analisar a realidade local e identificar, por exemplo, conflitos e tensões que nem sempre são expostos nas entrevistas. Trata-se de uma técnica comumente utilizada por pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e que consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado e seu contexto, preenchendo as lacunas das entrevistas pelo que não é dito (MINAYO, 2002).

Para tanto, foi realizado um registro das informações e impressões pessoais em um diário de campo, atentando para situações do cotidiano, aproximação e respeito à realidade local e todos os elementos percebidos e vivenciados durante o estudo.

6.6.2 Entrevistas semiestruturadas

Em pesquisas das ciências humanas e sociais, as entrevistas têm sido muito utilizadas. Segundo autores, a entrevista na pesquisa construcionista é um processo dialógico entre o entrevistador e o entrevistado, no qual é possível identificar, além de outros elementos, teorias e concepções prévias dos participantes a respeito dos temas discutidos (SPINK et al., 2014).

Optou-se pelas entrevistas semiestruturadas por meio de instrumento previamente elaborado (presente no APÊNDICE A) na forma de um roteiro com questões norteadoras que, conforme propõe Bakhtim²¹ (1994 apud SPINK et al., 2014), garantem a liberdade em

²¹ BAKHTIN, M. The problem of speech genres. In: EMERSON, C.; HOLQUIST, M. (Eds.), *Speech Genres and other late essays*. Austin, Texas: **University of Texa Press**, 1994, p. 60-102.

acrescentar perguntas no processo de *interanimação dialógica*, ou seja, de interação entre as pessoas.

Após obtenção do consentimento dos participantes, formalizado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (presente no APÊNDICE B), e reforço quanto ao sigilo das informações e anonimato na pesquisa, foram realizadas e gravadas as entrevistas semiestruturadas.

6.7 Procedimentos para análise dos dados

Para Spink et al. (2014), a análise das informações que são produzidas no contexto da pesquisa resulta da interpretação do pesquisador mediante conceitos e teorias do campo disciplinar concatenando com os objetivos do estudo. Apoiadas nas técnicas desenvolvidas pela autora, realizamos a análise das práticas discursivas por meio de transcrição sequencial e integral das entrevistas e da construção de *Mapas Dialógicos*.

Num primeiro momento, as entrevistas foram transcritas por meio da escuta e síntese da fala de cada interlocutor (transcrição sequencial), buscando identificar as principais temáticas que acabam por refletir o roteiro da entrevista - ou a fuga dele - e a dinâmica dialógica entre o entrevistador e o entrevistado. Foram identificados, neste momento, quem fala, sobre o que fala, e os temas mais comuns para uso na elaboração do mapa. No quadro a seguir, apresentamos um exemplo da transcrição sequencial de uma das entrevistas.

Quadro 2 – Transcrição sequencial

Quem fala	Sobre o que fala	Tema
E	Pergunta se já participou de algum grupo para gestantes.	Participação do profissional no grupo para gestantes
P4	Refere que não e descreve como os grupos acontecem a partir de informações em conversas com os colegas.	
	Aponta a barreira da língua como uma dificuldade para o desenvolvimento dos grupos.	Dificuldade com o idioma
E	Pergunta o que entende por ações educativas.	Ações educativas
P4	Afirma que as ações acontecem o tempo todo, principalmente na enfermagem, em qualquer orientação prestada.	
	Ressalta que não é algo que deva ser negligenciado pela falta de espaço para realização de um grupo, mas algo que pode ser feito em qualquer momento.	

Fonte: (MONTEIRO, 2019).

Em seguida, foi realizada a transcrição integral, ou seja, de forma literal de modo a preservar a originalidade das falas. Finalizada a transcrição integral, as falas foram enumeradas, auxiliando a localização delas nos *Mapas*.

Foram identificadas categorias temáticas relacionadas aos objetivos do estudo, e que surgiram a partir das entrevistas. As mesmas foram incluídas nos *Mapas Dialógicos* (um para cada entrevista), em quadros nas quais as colunas foram definidas conforme as categorias e, portanto, auxiliaram na orientação do processo de análise e interpretação. Os *Mapas*, que “remetem a um estilo de exploração de territórios” (SPINK, 2010, p. 39), permitiram a organização das informações obtidas e visibilidade dos diálogos estabelecidos entre entrevistadora e entrevistado/a, possibilitando aproximação com os dados e norteamento para as discussões de determinadas categorias temáticas, analisadas à luz da literatura.

Quadro 3 – Exemplo de Mapa Dialógico

Mapa Dialógico					
		O que pensa sobre gestantes imigrantes	Dificuldades	Facilidades	Percepção do nº de gestantes imigrantes
E	L 6-7	E, quando vocês pensam em gestantes imigrantes, gestantes imigrantes, o que é que, primeiro... primeira coisa que vem na cabeça?			
P3	L 8-14	A cultura.			
			A maior dificuldade que a gente tem é a cultura dos imigrantes, porque assim, no grupo de gestantes as orientações são as mesmas independente deles serem imigrantes ou não, só que o problema é a cultura, e a outra dificuldade que é a linguagem.		

Fonte: (MONTEIRO, 2019).

7 RESULTADOS DA PESQUISA

7.1 A observação participante

As anotações do Diário de Campo sobre as impressões das visitas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) permitiram destacar que o cotidiano da unidade tem como característica a concentração de muitas pessoas em pouco espaço. O local foi percebido como barulhento, com muitas pessoas falando ao mesmo tempo e mais de um idioma sendo falado. A impressão era de que quase não havia tempo de processar na mente as informações. Logo chegavam outras. Às 10 horas da manhã já era possível notar rostos cansados.

Corredores sempre cheios de jovens, homens e mulheres aparentando idades entre 40 e 50 anos, crianças, idosos e idosas, muitas mulheres chinesas – a maioria gestante –, pessoas amarelas, brancas, negras e pardas²². Muitas cores. Muita vida. Inúmeros profissionais com seus aventais brancos, que passavam rapidamente pelo corredor, todos sempre aparentando muita pressa.

Este foi o cenário onde se deu o presente estudo.

7.1.1 As conversas

O primeiro contato com o campo de pesquisa foi realizado no segundo semestre de 2017 via telefone com o gerente da unidade na ocasião, que prontamente se dispôs a nos receber para que pudéssemos apresentar a proposta de trabalho.

Pessoalmente, explicou a configuração das equipes atuantes na unidade, indicou os profissionais mais envolvidos com as mulheres imigrantes e convidou a participar das reuniões de equipe para que, assim, pudéssemos ter uma primeira aproximação com os possíveis participantes da pesquisa, tendo em vista que considerou viável o teor da investigação no contexto de trabalho deles.

²² Optamos por usar a classificação de raça ou cor do IBGE de 2008, em ordem alfabética (IBGE, 2011b).

Foi relatado por ele que a unidade possuía, de fato, uma vasta diversidade étnica, mas que, em sua maioria, era frequentada por chineses, e que a maior dificuldade encontrada na assistência era o idioma.

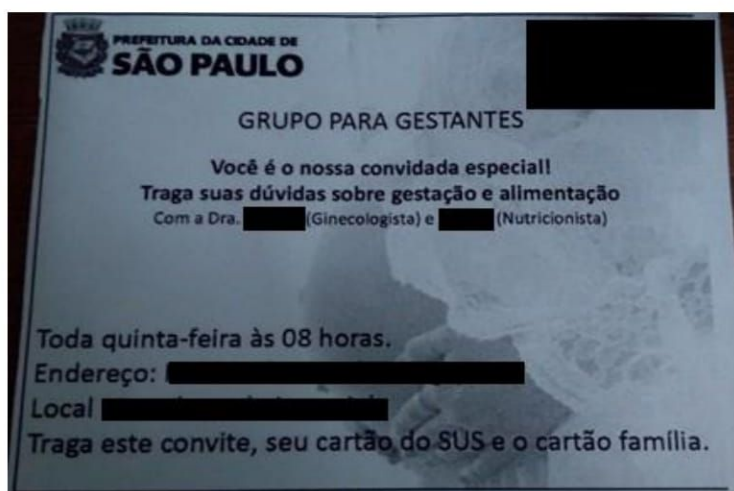
Esta dificuldade também foi relatada pela nutricionista e pela ginecologista, com quem pudemos conversar informalmente a respeito da pesquisa. Ambas relataram a dificuldade na compreensão das informações de ambas as partes. Embora tivessem ciência da existência de algumas ações de apoio para a assistência da população imigrante, referiram que não haviam sido capacitadas para atender a essa demanda.

Outro aspecto destacado pelo gerente durante as conversas foi a questão cultural que causava estranhamento, pois os costumes da população imigrante diferiam dos costumes dos profissionais no tocante a hábitos alimentares e de higiene, com os quais os profissionais tinham dificuldade em lidar, principalmente durante as visitas domiciliares.

A nutricionista e a ginecologista da unidade faziam parte da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e eram responsáveis pelo grupo de pré-natal (figura 1) que, segundo relataram, nunca teve adesão e era um de seus principais desafios. Na ocasião, o grupo acontecia às quintas-feiras às 8 horas, porém, não havia tido comparecimento até então. Em contrapartida, ambas destacaram que a equipe odontológica realizava grupos para gestantes mensais e que, estes sim, possuíam adesão.

Em conversa com a dentista da unidade, compreendemos que o tratamento odontológico era condicionado à participação no grupo, o que explicava a frequência das gestantes, ainda que rotativa.

Figura 1 - Convite do Grupo para Gestantes



Fonte: (SÃO PAULO, [2017?]).

Em uma das visitas à unidade, já na segunda metade do ano de 2018, também tivemos a oportunidade de conversar com a filha de uma tradutora chinesa, que falou sobre as cartilhas educativas que eram distribuídas na unidade há alguns anos, cujas informações não faziam sentido para as chinesas. Segundo ela, as cartilhas foram traduzidas à mão por um funcionário e hoje já não se encontra qualquer exemplar.

A jovem ainda ressaltou que outras cartilhas deveriam ser elaboradas explicando que práticas pouco aceitas pela cultura chinesa são seguras, como: banho no pós-parto (pois, segundo ela, as chinesas acreditam que a água no Brasil não é tratada); uso de antibióticos para tratamento de infecção urinária, que é recorrente entre a população; e benefícios da amamentação.

Em setembro do mesmo ano, em uma visita a uma instituição filantrópica de apoio e acolhimento a imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo, acompanhadas por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), tivemos a oportunidade de conversar com uma funcionária que relatou o início de uma experiência de grupo para gestantes, mães e bebês naquele mesmo local. Experiência, essa, que no mês anterior havia reunido mulheres de diversas etnias e profissionais, inclusive tradutores, para momentos de interação, integração, troca de experiências e saberes. No mesmo mês da visita, o grupo foi suspenso para uma reestruturação, sem data prevista para retorno. Nesta conversa informal, consideramos a possibilidade de aquele grupo relatado ser uma referência para a UBS onde se deu o presente estudo.

No mesmo mês, fomos apresentadas à funcionária da UBS que era responsável pelo preenchimento do cadastro de gestantes no Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA), que relatou a impossibilidade de quantificar o número de gestantes imigrantes por nacionalidade de maneira automática ou através de filtragem em planilhas, pois não contava com essa opção (figura 2). Sendo assim, concluímos que os dados disponíveis eram frágeis, acarretando em prejuízo no fornecimento de informações para subsidiar o planejamento e elaboração de ações de saúde voltadas a essa população.

Para saber o número exato de gestantes e gestantes imigrantes por equipe, por exemplo, deveria ser feito um levantamento manual de cada equipe através dos prontuários, pois tal informação não é registrada no SIGA.

Figura 2 – Relatório de fechamento de produção por equipe.

RELATÓRIO FECHAMENTO DE PRODUÇÃO EQUIPE Agosto 2018.

	Equipe 01	Equipe 02	Equipe 03	Equipe 04	Equipe 06	Equipe 07	Total
TOTAL VD	1151	1132	1207	209	1061	917	5677
Nº FAMILIAS	1169	1322	1072	188	1054	1149	5954
Nº PESSOAS	3324	4924	2688	502	2961	2988	17387
CRIANÇAS<01	37	57	46	10	65	38	253
IDOSOS>60	478	321	411	37	330	394	1971

Fonte: (SÃO PAULO, 2018).

7.1.2 As reuniões de equipe

A participação em algumas reuniões de equipe foi muito importante no estabelecimento de vínculos com alguns profissionais, dentre eles duas ACS que trabalham na unidade desde sua inauguração e aceitaram participar do estudo.

Além do vínculo, através dos relatos dos profissionais durante as reuniões, pudemos identificar as equipes com maior número de gestantes imigrantes. Assim, identificamos os médicos e enfermeiros de cada equipe e conseguimos agendar as entrevistas.

Também tivemos a oportunidade de participar da reunião geral de ACS que ocorre mensalmente, onde fomos apresentadas a todos e expusemos os objetivos da pesquisa.

Coordenada pelo gerente da unidade na ocasião, o mesmo deu abertura no início da reunião para as demandas e “aflições” dos agentes, que não se manifestaram num primeiro momento, talvez constrangidos com nossa presença. Porém, no decorrer da reunião foram, gradativamente, revelando suas dificuldades com maior segurança devido à relação amigável e de cooperação entre os integrantes daquela reunião.

Nessa reunião, foi solicitado pelo gerente, melhoria no preenchimento das informações no cadastro das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica e os agentes, por sua vez, expuseram sua dificuldade em preencher informações a respeito da

nacionalidade dos imigrantes, uma vez que estes têm receio de se identificar como estrangeiro.

Além de diversos assuntos que permeiam as atividades diárias dos agentes, também foi falado sobre a tradutora chinesa que acompanha as gestantes durante as consultas e procedimentos.

7.1.3 Os acolhimentos

Durante algumas semanas, fizemos observações esporádicas na sala de acolhimento, onde pudemos presenciar atendimento de puerpério, teste de gravidez, abertura de SIS pré-natal, realização de teste rápido para sífilis e HIV etc.

Presenciamos um tumulto ocasionado por uma reclamação de uma haitiana que acusava a enfermeira do setor de “furar fila” atendendo uma chinesa antes dela, e da tentativa da enfermeira de aplacar a situação dizendo “Não estou tirando nenhum direito seu. Estou seguindo ordem de horário”.

Outro episódio que chamou a atenção pela mobilização de outros profissionais foi a presença de uma gestante inglesa, que compareceu à unidade para acolhimento apresentando todos os exames já realizados em seu país de origem e negando-se a repeti-los conforme solicitação da enfermeira que realizava o acolhimento.

A gestante parecia bastante instruída em relação à rotina de pré-natal e sua condição de saúde, causando desconforto por parte dos profissionais que a chamavam de “metidinha”.

De um modo geral, observou-se que o atendimento costumava ser muito cordial, quando pouco questionado. O questionamento das usuárias, muitas vezes, resultava em desconforto dos profissionais em virtude da dificuldade de dialogar com pessoas que falavam diferentes idiomas.

Na maioria das vezes, os procedimentos, como por exemplo, realização de teste rápido para HIV e sífilis, eram explicados no momento da coleta da amostra, no entanto, não era questionado se havia compreensão das informações. Era notável que muitas mulheres não entendiam o que estava sendo dito. Apenas concordavam, gestualmente, com o procedimento, aparentando submissão.

7.1.4 As consultas de pré-natal

Acompanhamos quinze consultas de pré-natal. Para tanto, recebemos autorização prévia tanto do gerente da unidade quanto dos profissionais, que deram total liberdade para participar das consultas e sempre nos apresentavam às gestantes buscando um consentimento quanto à nossa presença. Ainda assim, tentamos interferir o menos possível, mas algumas vezes tentamos contribuir com a comunicação.

O primeiro acompanhamento de consultas de pré-natal ocorreu com duas gestantes brasileiras, assistidas por um dos médicos do Programa Mais Médicos, brasileiro. As consultas seguiram dentro do esperado da rotina de pré-natal, sem intercorrências, com acolhimento respeitoso e orientações nutricionais.

Com outro médico brasileiro, também do Programa Mais Médicos, acompanhamos dez consultas de pré-natal com chinesas, acompanhadas da tradutora chinesa. Foi possível notar que a tradutora chinesa conhecia toda a rotina de pré-natal, assim, se sentia na liberdade de “ditar” o andamento da consulta, tomando a liberdade de pesar a gestante logo no início, solicitar que a mesma deitasse na maca para exame obstétrico, entregar e relatar os resultados dos exames e solicitar prescrições específicas. Quase sempre nesta ordem e sempre de maneira metódica e rápida, seguindo o modelo de assistência prescritivo. “Fico doidinho com ela”, disse o médico após término das consultas.

Em uma das consultas, a tradutora chinesa solicitou ao profissional que não agendasse retorno em 7 dias conforme protocolo de assistência pré-natal, pois levaria a gestante ao hospital para realizar ultrassonografia obstétrica de terceiro trimestre e que outra avaliação além daquela não seria necessária. No entanto, o médico explicou que deveria seguir o protocolo e que marcaria o retorno para 7 dias, mesmo que a gestante não comparecesse.

Este mesmo conflito ocorreu em uma consulta assistida por uma médica da Estratégia Saúde da Família (ESF), que seguiu com a mesma conduta do médico anterior.

Foi possível notar certa ambivalência quanto à presença da tradutora chinesa, pois trazia segurança aos profissionais por facilitar a comunicação com as gestantes e pelo conhecimento da rotina de pré-natal, enquanto, por outro lado, foi falado pelos

profissionais que muitas vezes devem confiar “cegamente” na tradutora por não entenderem o idioma, indicando desconforto e insegurança com a situação.

De modo geral, notou-se que, na presença da tradutora chinesa, os profissionais com mais tempo de casa pareciam confortáveis com sua presença e confiavam mais nas informações traduzidas por ela, ao passo que profissionais mais novos ficavam com algum receio e se incomodavam quando a mesma adiantava qualquer informação, por já conhecer a rotina do pré-natal e dinâmica das consultas.

Também tivemos a oportunidade de acompanhar duas consultas de pré-natal com mulheres haitianas, ambas acompanhadas do marido que falava português. Desta vez, as consultas foram conduzidas por profissionais de enfermagem, porém não houve diferença na dinâmica da consulta, apesar de terem sido mais tranquilas.

No tocante à estrutura das consultas, todas seguiram com a rotina de pré-natal protocolada pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2016) e foi possível perceber diferença nas consultas de gestantes brasileiras e estrangeiras apenas em relação à dinâmica dos exames clínicos e anamnese quando as estrangeiras eram acompanhadas pela tradutora chinesa. Também não foi notada qualquer diferença entre condutas realizadas por médicos e por enfermeiros.

7.1.5 Visita domiciliar

Nas reuniões de equipe, foi relatado pelos profissionais que as visitas domiciliares para imigrantes são raras, pois o acesso às casas é limitado.

Gestantes imigrantes de países latinos costumam receber os ACS na porta de casa ou através da janela, como pudemos presenciar, mas não permitem a entrada, possivelmente por se tratar de oficinas de costura. Geralmente, nesses locais, quem recebe é um homem. Este, por sua vez, autoriza a conversa entre a gestante e a ACS para agendamento de consulta e afins.

Segundo os relatos, visitas puerperais são bastante raras em chinesas, pois passam a maior parte do tempo nas lojas do comércio.

Quanto às haitianas, por exemplo, moram em cortiços ou pensões. Ainda que o acesso seja possível, os profissionais preferem que elas compareçam à unidade (assim como as demais estrangeiras) para primeira consulta de pós-parto.

7.1.6 Os grupos para gestantes

Tivemos a oportunidade de participar de três grupos para gestantes.

O primeiro grupo que acompanhamos foi realizado em um sábado às 11 horas. Nesse dia, compareceram cinco gestantes, nenhuma imigrante, e um acompanhante. Foi esclarecido aos participantes, logo no início, que se tratava de uma participação condicional ao tratamento odontológico.

O grupo ocorreu em formato de palestra, com linguagem acessível e uso de materiais ilustrativos. Os temas abordados foram: importância da prevenção e tratamento de cáries, gengivites, agravo em gestantes; aleitamento materno; higiene bucal dos bebês; uso de chupetas e mamadeiras; e demonstração de escovação e uso de fio dental. Os participantes pareciam atentos às informações, mas em momento algum houve interação entre os membros.

O segundo encontro, realizado na última quinta-feira do mês de agosto de 2018, seguiu com o mesmo padrão do grupo anterior, desta vez com a presença de vinte e uma gestantes, sendo três imigrantes (uma haitiana e duas chinesas), um acompanhante haitiano e com a participação da nutricionista, que falou a respeito de alimentação saudável na gestação sem fazer uso de materiais educativos, porém, estimulando a participação e interação das gestantes.

O terceiro encontro, ocorrido em setembro de 2018, foi composto por onze gestantes, sendo uma de origem latino-americana com um acompanhante também de origem latino-americana. Desta vez, o encontro não contou com a participação da nutricionista. Foi solicitada a presença de acompanhantes que falassem português nas consultas odontológicas. Também se notou que o material ilustrativo não estava visualmente acessível a todos, e que não houve interação entre participantes do grupo, exceto uma gestante que tomou a liberdade de fala para sanar uma dúvida.

7.2 As entrevistas

Como já informado em item anterior, as entrevistas foram realizadas com profissionais envolvidos no atendimento a gestantes imigrantes que se dispuseram a participar da pesquisa, em conversas informais.

Foi realizado um agendamento prévio para cada entrevista de acordo com a disponibilidade dos profissionais, e, na maioria das vezes, as entrevistas ocorriam no próprio local de atendimento do profissional, ou seja, em seu respectivo consultório. As entrevistas com as ACS, que não possuem um local para atendimento, foram realizadas no corredor da unidade, sofrendo bastante interferência de pessoas que passavam pelo corredor ou de ruídos externos.

Todos os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e demonstraram alguma preocupação quanto ao sigilo das informações e anonimato. Portanto, construímos dois quadros, o primeiro com características dos/as entrevistados/as e o segundo com indicação de gênero

Quadro 4 – Características dos entrevistados

Cargo/função	Tempo de trabalho na UBS
ACS	9 anos
ACS	9 anos
Enfermeiro	2 anos
Enfermeiro	2 anos
Médico	1 ano
Médico	8 anos
Médico	2,5 anos
Odontólogo	2,5 anos
Tradutor	10 anos

Fonte: (MONTEIRO, 2019).

Quadro 5 – Indicação de gênero

Identificação	Gênero
Profissional 1 (P1)	Mulher
Profissional 2 (P2)	Mulher
Profissional 3 (P3)	Mulher
Profissional 4 (P4)	Homem
Profissional 5 (P5)	Homem

Continua...

Quadro 5 – Indicação de gênero

...Continuação

Identificação	Gênero
Profissional 6 (P6)	Homem
Profissional 7 (P7)	Mulher
Profissional 8 (P8)	Homem
Profissional 9 (P9)	Mulher

Fonte: (MONTEIRO, 2019).

Nota-se que, das nove entrevistas realizadas, quatro foram realizadas com profissionais que estão há mais tempo na UBS e que têm acompanhado sua dinâmica no tocante ao fluxo de imigrantes e capacitação dos profissionais, o que contribuiu com os achados sobre ações educativas que eram realizadas há bastante tempo, incentivadas por gestões anteriores, e que hoje já não fazem parte do contexto de trabalho dos profissionais.

As perguntas das entrevistas permearam a história de formação dos profissionais e inserção na UBS, a percepção do aumento ou da diminuição do fluxo de imigrantes na UBS, as dificuldades ou facilidades no atendimento a gestantes imigrantes, as estratégias utilizadas para atendimento, a noção de ações educativas, atividades oferecidas para as gestantes e capacitação profissional.

As entrevistas contaram com um roteiro que contemplou os seguintes temas, apresentados aqui em ordem aleatória: formação profissional; tempo de UBS; o que pensa sobre gestantes imigrantes; nº de gestantes imigrantes; percepção do nº de imigrantes; etnias; facilidades/pontos positivos no atendimento a gestantes imigrantes; dificuldades/pontos negativos no atendimento a gestantes imigrantes; estratégias utilizadas; sentimentos em relação ao atendimento às gestantes imigrantes; se sente-se preparado(a) para atender gestantes imigrantes; capacitação profissional; domínio de idiomas; adesão das orientações; ACS imigrante; tradutora chinesa; puerpério/visita domiciliar; sugestão de estratégia; o que considera ação educativa; em que momento as ações educativas acontecem; grupo para gestantes; participação do profissional nos grupos; contribuição dos grupos para a população; imigrantes que participam do grupo para gestantes; local onde o grupo é realizado; materiais utilizados no grupo; temas abordados no grupo; facilidades/pontos positivos para ações educativas; dificuldades/pontos negativos para ações educativas; diferenças entre os participantes dos grupos. Na entrevista com a tradutora, que não é profissional da UBS, mas presta seus serviços na unidade, foram

abordados aspectos do trabalho de tradução e impressões dela sobre ações que facilitariam a comunicação e adesão às recomendações do pré-natal.

Sendo assim, após realizadas as transcrições sequencial e integral, identificamos quatro categorias temáticas, utilizadas nos *Mapas Dialógicos*, sendo que uma delas comportou subcategorias, como apresentado abaixo:

- Percepção da presença das imigrantes na UBS “internacional”;
- Ações educativas em saúde: limitações no cotidiano da atenção às gestantes imigrantes;
 - Os sentidos das ações educativas;
 - Capacitação profissional.
- Estratégias de comunicação;
- Os olhos de quem está na ponta: desafios e propostas para a assistência à saúde culturalmente sensível.

8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Apresentamos as categorias temáticas compostas pela análise e discussão alicerçadas na literatura e acompanhadas de trechos das entrevistas que compuseram os *Mapas Dialógicos*. Faz necessário informar que as categorias não foram hierarquizadas, sendo a ordem de apresentação escolhida como estratégia analítica.

8.1 Percepção da presença das imigrantes na UBS “internacional”

Este item tem por finalidade explorar as percepções que os profissionais de saúde têm a respeito do fluxo de gestantes imigrantes na região e na Unidade Básica de Saúde (UBS), explorando a constatação da presença delas e as impressões sobre quem são, além do esforço dos profissionais frente ao fenômeno migratório e os sentidos que dão em relação a isso. Esclarecemos que, embora o foco da pesquisa estivesse direcionado às gestantes imigrantes, os profissionais entrevistados frequentemente se referiam à população imigrante de um modo geral.

Nas entrevistas, é possível notar que a fala predominante foi de uma percepção do aumento do número de imigrantes.

P5: ...realmente aumentou sim, né? Se a gente for pegar de quando eu cheguei aqui, oh, o volume que eu atendia de imigrantes, e hoje, o volume que a gente atende, aumentou sim.

Se levarmos em consideração os dados que retratam o panorama de imigração no Brasil nos últimos anos, veremos que, de maneira geral, houve uma redução da entrada de imigrantes. Como já vimos em capítulo anterior, os dados revelam um aumento do volume de registros de imigrantes de 2000 a 2014, estabilidade em 2015, aumento em 2016 e declínio em 2017 (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018).

O fato de os profissionais entrevistados perceberem aumento do fluxo de imigrantes na unidade, primeiramente remete a uma realidade local e, além disso, relaciona-se com a presença massiva de haitianos no território a partir do terremoto no Haiti em 2010, como ilustram os trechos a seguir.

P7: ...mas aí, de um tempo pra cá, começou bastante, aumentou assim de uma hora... como se você tivesse dormido e acordado cheio de gente, sabe, assim? /.../ Se eu não estiver enganada, foi depois do terremoto no Haiti, o terremoto acho que foi em 2010, 2011?

P1: ...de uns 3 anos, 4 anos pra cá que deu esse *boom* de haitiano.

P9: ...aí começou estourar quando começou aquele... surto né? Deles virem tudo pra cá, virem de navio, aquela coisa, passava na televisão, aquela... Aí sim... Eu acredito que isso faz quando? Foi em... em 2000 e... sei lá, 2013, por aí, né? 2014... aí foi. Aí agora... eles dominaram a... a cidade de São Paulo, né? Dominou.

De acordo com os dados do Sistema Nacional de Cadastro e Registro de Estrangeiros (SINCRE), a intensificação da movimentação de nacionais do Haiti a partir de 2010, diminuiu significativamente nos últimos dois anos (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018). No município de São Paulo, haitianos ocupam o 9º lugar na classificação de imigrantes registrados, precedidos por imigrantes oriundos de Portugal, Bolívia, Japão, China, Itália, Espanha, Coreia do Sul e Argentina (VACCOTTI, 2017).

P3: Mas a tendência é aumentar cada vez mais.

Se considerarmos a conclusão da regularização documental de imigrantes que hoje está em andamento, de fato, o número de registros tende a aumentar. Não pela chegada de novos imigrantes, mas sim pela conclusão dos trâmites de regularização, principalmente de colombianos, haitianos e venezuelanos (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018).

Uma pesquisa denominada Perigos da Percepção 2018 e divulgada no início do corrente ano, mediu a percepção da população de 37 países sobre essa e outras temáticas e comparou as respostas com dados oficiais. De acordo com os resultados, os autores constataram que quase todos os países participantes da pesquisa superestimam a proporção de imigrantes em seu país. No caso do Brasil, este ocupou o 4º lugar no ranking de percepção equivocada, acreditando que a proporção de imigrantes no país seja de 30%, enquanto, na realidade, a proporção é de aproximadamente 0,5% (IPSOS, 2019).

Entretanto, como a UBS, de fato, atende a população imigrante e localiza-se na região do município onde estão unidades de saúde mais procuradas por imigrantes (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015), há que se considerar a percepção de aumento como relacionada ao impacto da assistência às pessoas de diferentes nacionalidades no cotidiano dos

profissionais de saúde. A essa percepção da presença de imigrantes na UBS em estudo levou à adjetivação da unidade como “internacional” por um dos entrevistados.

P6: ...eu considero que é uma UBS internacional, porque tem muitos imigrantes, né?

Nas entrevistas, um detalhe que nos chamou a atenção foi o uso dos termos “boom”, “surto” e “dominou”. Sabemos que há muitas décadas e de diversas maneiras a mídia influencia a opinião pública. Com o tema imigração não poderia ser diferente tendo em vista as narrativas de reportagens que, por exemplo, atribuem a um “surto de imigração”²³ haitianos “que entraram ilegalmente no Brasil” criando “um grave problema social no Acre”²⁴. Ou ainda, reportagens que omitem a real condição de vida e sobrevivência dos imigrantes refugiados ou em processo de regularização, e deturpam a imagem do imigrante, como exemplificado com a reportagem de título “Haitianos e bolivianos dominam o mercado de rua da Rodoviária do Plano Piloto. Veja Vídeo.”²⁵.

A sustentação de espetáculos midiáticos certamente alimenta e assombra a imaginação popular. Resultado disso são atitudes xenofóbicas, discriminatórias e excludentes (ASSIS; SILVA; FREDERICO, 2016), além da ideia de chegada massiva e constante de imigrantes que contraria os dados oficiais. Outros fantasmas populares do imigrante suscitados pela disseminação de informações de efeito impactante são aqueles voltados à criminalidade, violência e transmissão de doenças, gerando preocupação na população receptora e o que justificaria o emprego do termo “surto” ao referenciar a população imigrante.

Exemplo disso foi a crise do ebola nos últimos anos que dilatou a discriminação de migrantes negros em várias partes do mundo, inclusive de haitianos no Brasil. Estudo de Cogo e Silva (2016) concluiu que dentre os sete principais temas abordados pela mídia, relacionados à imigração haitiana no Brasil entre 2010 e 2014, encontrava-se a epidemia mundial de ebola, que expunha os haitianos em situações cotidianas de suspeita e discriminação em cidades brasileiras.

²³ Reportagem disponível em: <<http://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2013/04/acre-decreta-situacao-de-emergencia-social-por-cao-de-surto-de-imigracao.html>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

²⁴ Reportagem disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/governo-fara-forca-tarefa-para-regularizar-situacao-dos-haitianos-no-acre-8081373>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

²⁵ Reportagem disponível em: <<https://www.metropoles.com/distrito-federal/com-ares-de-zona-franca-haitianos-e-bolivianos-dominam-o-mercado-de-rua-da-rodoviaria-do-plano-piloto>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

Essa também foi aparentemente uma preocupação de um dos profissionais que mencionou a contaminação dos haitianos instalados na região da unidade pelo vírus HIV. Porém, cabe a ressalva de que não se sabe ao certo se a fala contempla algum registro epidemiológico do serviço de saúde ou trata-se apenas de um senso popular.

P7: Aí é complicado, porque é questão cultural... a maioria deles tem ((HIV))... então eles não vê como uma doença infectocontagiosa... a comparação deles é como se fosse uma gripe.

Partindo do conceito de saúde ampliado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um processo que engloba as circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem (WHO, 2008), não se pode deixar de considerar a influência que o contexto de vida dos imigrantes exerce em seu estado de saúde e nas percepções que os brasileiros têm a respeito dos imigrantes. Durante a entrevista, um dos profissionais descreveu a condição de moradia dos imigrantes instalados na região.

P9: O quarto onde eles moram é muito insalubre, o pessoal, eu olho assim, já olho a gestante, quando eu vou na casa dela já olho e falo “fia, cê tá pra mudar?” ela fala “não, vou ficar mais um pouquinho aqui”, eu falo “oh, esse quarto não tem ventilação, vai fazer muito mal pro nenê, procura um lugarzinho melhor, tá? Com uma janelinha...”.

Em muitas sociedades, é muito comum ver a maior parte de imigrantes, principalmente os recém-chegados, ocupando escalões menos favorecidos e vivendo em condições precárias. Tal cenário suscita associações entre o imigrante e a pobreza. Porém, nem sempre cabe esta associação. Grimson (2011) adverte quanto a alguns elementos que são desconsiderados nesse tipo de associação: o primeiro é que pessoas mais pobres de cada sociedade não tendem a formar grupos dinâmicos na busca de novos horizontes, pelo contrário, em alguns casos sequer conseguem migrar – exceto o caso de refugiados; outro ponto que o autor destaca é a tendência à ascensão econômica histórica de muitos imigrantes.

Fato é que, no país de destino, muitos vivem em situações que se equiparam ou até mesmo se categorizam como estado de pobreza. Segundo o autor, isso está atrelado a “las poderosas estigmatizaciones que sufren esos inmigrantes, que son discriminados usualmente en la via pública, en el trabajo, en la escuela y en otras esferas sociales.” (GRIMSON, 2011, p. 37). Ou seja, os imigrantes mais pobres de uma sociedade não o são necessariamente porque carregam ou transferem a pobreza, mas sim pela discriminação e

embargos burocráticos que afetam sua situação econômica. No processo de regularização de documentação, por exemplo, muitos imigrantes se sujeitam a salários baixos, piores condições de trabalho e enfrentam custos elevados e dificuldades burocráticas no setor imobiliário, obrigando-os a viverem em cortiços, pensões ou até mesmo ocupações (SANZ, 2015; MACHADO, 2018).

Nesse mesmo sentido, a associação entre o estrangeiro e a doença acompanha a história das epidemias e induz ou justifica, até os dias atuais, a violação dos direitos humanos por meio da restrição às migrações frente ao fantasma do “estrangeiro que traz a doença”. Ventura (2016) defende que a representação do migrante como uma “ameaça” à saúde e, por outro lado, o reconhecimento da vulnerabilidade da saúde do migrante pelas difíceis condições de trabalho e limitado acesso a direitos e políticas inclusivas, compõe uma dicotomia que precisa ser superada.

Frente ao imaginário e aos fantasmas, e às condições de vida da população imigrante da região conforme os relatos dos profissionais entrevistados, perguntamos a eles o que vinha à cabeça quando pensavam em gestantes imigrantes.

P4: Vem... “grávidas prioridade zero” e que... precisando de uma assistência e que provavelmente tenha alguma vulnerabilidade. Vou encontrar algumas dificuldades também.

P9: Ai... Ah... o que vem na minha cabeça... “nossa, meu Deus, e agora?”, é difícil... eu penso em “problema”, “problema”.

A Comissão Interamericana dos Direitos Humanos (CIDH) considera os imigrantes como mais vulneráveis quando confrontados com os nacionais ou residentes de uma nação. A dimensão ideológica mantida por dessemelhanças legalmente estabelecidas e estruturadas os coloca em desvantagem, atenuando os preconceitos étnicos, xenofobia e racismo, que ultrajam ainda mais as condições de vulnerabilidade enfrentadas por esses indivíduos e prejudicam sua tentativa de integração à sociedade (BATISTA; PARREIRA, 2013).

Moro (2013) também afirma que determinadas atitudes vulnerabilizam os sujeitos imigrantes, como a exclusão, a discriminação e o racismo por parte da população receptora. Em colaboração com Baubet (2013), a mesma autora ainda soma a essas atitudes o processo de partida do país de origem, muitas vezes acompanhado por dificuldades e brutalidades equiparando-se a um processo de luto pelo distanciamento da família e de seus rituais. Os

autores defendem que, no caso de mulheres imigrantes, a gravidez e o puerpério também contribuem para a vulnerabilidade.

De acordo com o secretário Nacional de Justiça e presidente do Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), as mulheres enfrentam uma vulnerabilidade maior tanto em seu país de origem quanto nos países de acolhida, e atrela isso ao fato de, na maioria das vezes, estarem acompanhadas dos filhos, não possuírem qualquer renda de seu país de origem e/ou não trabalhem em seus países por razões culturais (JUNQUEIRA, 2016).

A Lei Federal nº 10.048/2000 que “dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências”, em seu primeiro artigo inclui as gestantes no grupo de pessoas que deverão ter atendimento prioritário (BRASIL, 2000, n.p). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) considera mulheres gestantes pertencentes aos grupos de pessoas em situações de vulnerabilidade e sustentam a priorização no atendimento (BRASIL, 2004), e no âmbito da Atenção Básica, gestantes são classificadas em “prioridade zero” (BRASIL, 2016c).

Uma vez gestantes e imigrantes, aparentemente suscitam maior preocupação nos profissionais entrevistados. Em todas as falas as gestantes imigrantes foram associadas a dificuldades e desafios, e isso esteve atrelado às dificuldades de comunicação e realização de exames, apesar de, em contradição, muitos profissionais afirmarem que o pré-natal de imigrantes costuma ser mais completo do que de brasileiras, por não faltarem em consultas e realizarem todos os exames, tendo em vista que os serviços são gratuitos e que elas referem não terem acesso a eles no país de origem.

A preocupação não é descabida. Autores associam o desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas em mulheres imigrantes grávidas a situações de vulnerabilidade, violência obstétrica, pré-natal ineficaz, falta de vínculo com os profissionais, dificuldade na comunicação, falta de sensibilidade dos profissionais e diferenças culturais, resultando também em piores desfechos materno-perinatais (DIAS; ROCHA, 2009; TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

Apesar dos desafios, as falas dos entrevistados em relação a acolhida foram entusiasmantes, quando questionados se concordavam em atender gestantes imigrantes.

P1: - Concordo.

E: - Por que?

P1: - Ah, porque a gente trabalha pro SUS, o SUS é universal, em nenhum momento diz que é só pra brasileiros, né? Eu acho que eu concordo.

P6: Sim, sim, com certeza. A gente tem que ajudar a todo mundo, né? Sem distinção. É muito importante. Até porque todos nós somos, em certa parte, imigrante, né? A gente é descendente de outros povos, outras raças, né? E o Brasil foi feito disso, né?

P9: Assim... eu gosto, porque... é... eu acho que eles já vêm de uma terra sofrida, eles já vêm de lá... chega aqui são muito maltratados, eles precisam ser acolhidos, né? Então, eles precisam ser acolhidos. E eu gosto disso, de acolher, eu gosto, isso é de mim.

Entender que as mulheres imigrantes, muitas vezes, encontram-se em situações de fragilidade por estarem em um processo de mudança, longe de seu país, de sua cultura, seus familiares ou possivelmente por encontrarem-se em situação precária de moradia, trabalho e saúde no país receptor, torna-se imprescindível uma acolhida humanitária, não em termos burocráticos, mas de modo a expressar atitudes humanas, empáticas, de amorosidade, afetividade e solidariedade. Compreendida como uma dimensão relacional e humana, a amorosidade facilita a construção de vínculo, um elemento intrínseco da humanização no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2013b).

Para Paulo Freire, os homens humanizam-se trabalhando juntos para a construção do mundo, agindo em favor de si e dos outros (FREIRE, 1987). Para um dos entrevistados:

P9: ...o amor contagia, né? /.../ Até os pacientes, os pacientes mais insistente, eu trato com amor /.../ e os imigrantes também são assim, eles são muito resistentes, né? Como eu falei, eles têm aquela resistência, mas eu aprendo que eles precisam é de amor, eles vêm de um país sofrido.

8.2 Ações educativas em saúde: limitações no cotidiano da atenção às gestantes imigrantes

Neste item discutimos as ações educativas em saúde. Focamos na compreensão de como se dá a promoção da saúde por meio de ações educativas desenvolvidas pelos profissionais envolvidos na assistência às gestantes, buscando conhecer os sentidos das ações educativas, o que entendem por essas ações e como estão inseridas no cotidiano profissional. Além disso, a análise desta categoria temática visa apresentar as principais

dificuldades relatadas e a insuficiência da capacitação profissional para o desenvolvimento de ações educativas culturalmente sensíveis.

8.2.1 Os sentidos das ações educativas

Considerando que toda ação em saúde possui um componente educativo e que a prática de ações educativas em saúde é elemento crucial na promoção da saúde e uma potente ferramenta no cuidado humanizado e integral (SOUZA, 2011; FALKENBERG et al., 2014), achamos fundamental não só identificar as práticas educativas que os profissionais realizam no pré-natal de mulheres imigrantes, mas também identificar o sentido de promover saúde através de ações educativas, bem como identificar o que os profissionais consideram uma ação educativa em saúde e em que momentos ela acontece.

Nas falas dos profissionais durante as entrevistas, prevaleceu a ideia da educação inserida em todas as práticas de saúde.

P1: Ah, em todos os momentos, todos os lugares, em consultas, em acolhimentos, em grupos...

P4: Acontece o tempo todo, ação educativa /.../ o trabalho da enfermagem é uma ação educativa. Na verdade, a Unidade Básica de Saúde é uma ação educativa /.../ numa conversa é uma ação educativa, numa visita domiciliar é uma ação educativa, tem muito grupo que é uma ação educativa, tudo é ação educativa.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), ações educativas em saúde podem ser individuais, por meio de consultas ou visitas domiciliares, e/ou podem ser coletivas por meio de grupos (BRASIL, 2014). Uma vez que a Educação em Saúde surge como uma estratégia de ampliação da cidadania, assim como discorremos em capítulo anterior, a mesma deve ocorrer em todo o momento através do envolvimento da equipe multidisciplinar e da população, representando, assim, o compromisso do setor da saúde com a comunidade (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Dos entrevistados, apenas dois profissionais associaram diretamente e limitaram as ações educativas à realização de grupos.

E: - ...o que é que você considera uma ação educativa em saúde?

P3: - Então, a gente tá... é como te falei, a gente tem o grupo e a gente passa todas as orientações.

Apesar de a fala acima representar a minoria dos participantes, percebemos que o sentido de promover saúde através de ações educativas não foi semelhante a todos os entrevistados, o que nos dá margem para nutrir reflexões a respeito da formação dos mesmos. As Diretrizes Curriculares Nacionais empregadas nos cursos de formação profissional da área da saúde prevê ao profissional o papel de educador (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). No entanto, muitas vezes essa formação é negligenciada por não superar os ranços da educação sanitária e se resumir a transmissões verticais de informação com predominância do modelo biomédico nos moldes da educação bancária criticada por Paulo Freire (FREIRE, 1987), o que justificaria a incompreensão do tema por alguns profissionais entrevistados bem como sua reprodução no cotidiano profissional conforme observado. Apesar de todas as críticas já mencionadas no presente estudo a respeito da perspectiva de transmissão de conhecimentos, percebemos por meio da observação que ela ainda é muito presente nas ações educativas em saúde.

A expressão “a gente passa todas as orientações” (P3) da fala supracitada, nos remete a uma prática centrada no educador. Tal prática desconsidera as potencialidades do educando, a quem cabe a iniciativa do aprender. No campo da saúde, é possível interpretar a fala do entrevistado no sentido de fornecimento de orientações cujo objetivo é direcionar determinados comportamentos como única possibilidade de alcance do bem estar de todos os indivíduos independentemente de seu contexto social, histórico e cultural, o que contraria os pilares da Educação em Saúde e, principalmente, da Educação Popular em Saúde sob a perspectiva freireana de educação. Para Meyer et al. (2006), a educação nos moldes informativos é exercitada como um processo de instrução passiva que tem por objetivo central a mudança imediata e unilateral de comportamentos individuais a partir de decisões informadas.

Apesar de nem todos os entrevistados relacionarem diretamente ou limitarem ações educativas a grupos e fornecimento de orientações, todos mencionaram os grupos para gestantes como uma das ações educativas voltadas a elas, incluindo as imigrantes.

Como relatado na observação participante do capítulo anterior deste trabalho e nas entrevistas realizadas, os grupos para gestantes são realizados mensalmente, obrigatórios para adesão ao tratamento odontológico e realizados pela dentista, sua auxiliar e pela técnica em saúde bucal. Como observado pelas pesquisadoras, os grupos acontecem em

formato de palestra, abordando sempre os mesmos assuntos (voltados à saúde bucal), utilizando-se de materiais ilustrativos que auxiliam na explicação e com pouca interação entre os participantes do grupo.

Diante disso, buscou-se identificar a noção dos profissionais em relação a este cenário, questionando o quanto percebem que as gestantes absorvem das informações passadas ou o quanto os profissionais acreditam que estão contribuindo com a saúde da população. Primeiramente, apresentamos a opinião que prevaleceu entre os profissionais que não participam do grupo.

P1: Ah, acho que muita contribuição, acho que é muito bom. É... qualquer informação que ela passe a ter, enfim, que isso já ajude no pré-natal, no parto, depois com os cuidados com a criança...

P9: ...isso adere conhecimento pra nós, pra eles, é uma troca né?

Em seguida, apresentamos a opinião dos profissionais que realizam os grupos para gestantes.

E: - É... com relação a... a população imigrante, vocês acham que esses grupos, nos formatos que eles acontecem, na forma... com a rotina deles... isso contribui pra população imigrante... considera que elas entendem ou...

P3: - Não.

E: - ...há uma contribuição desses grupos para as gestantes imigrantes? Você acha que é algo que pras brasileiras ok, mas pras imigrantes, o grupo faz sentido?

P3: - Não porque elas não teriam acesso ao tratamento.

E: - É, mas aí se não fosse condicional...

P3: - Se não fosse condicional, dependendo muito, não vão aproveitar.

Grupos são recursos utilizados em diversos campos de atuação. Osório (2003) define grupo como um conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade, mas que exercem uma função interativa com objetivos compartilhados. Cada indivíduo assume-se enquanto participante de um grupo como um todo e tem direito ao exercício da fala, de sua opinião, seu ponto de vista e de seu silêncio.

As ações educativas em saúde por meio da estruturação de grupos constituem uma alternativa para as práticas assistenciais, possibilitando a quebra da relação vertical profissional-usuário. Segundo autoras, grupos são espaços de troca de saberes que possibilita reflexões e transformações em quem participa, contribuindo para o crescimento pessoal e produção de atitudes mais conscientes. Para que isso ocorra, é necessário que os grupos extrapolem a mera aglomeração de pessoas e que haja interação entre os

envolvidos, a fim de que seja possível a construção e/ou a reconstrução do conhecimento. Conhecimento, este, construído conjuntamente, mas que proporciona condições para que cada indivíduo exerça sua autonomia no tocante à sua saúde (SILVA; WY SOCK, 2017).

A participação e interação (ou não) entre os sujeitos membros de um grupo representa o resultado de seu sucesso (ou insucesso), e dos aspectos que as mesmas autoras consideram mais importantes de um grupo educativo participativo e integrado, destacamos a escolha das unidades temáticas mediante avaliação inicial das necessidades individuais e coletivas referidas pelos próprios participantes (SILVA; WY SOCK, 2017).

Para as autoras, as inquietações, dúvidas e o compartilhamento de experiências no decorrer das atividades favorecem a formação de vínculos e estabelecem relações de confiança entre os membros (SILVA; WY SOCK, 2017). A observação dos grupos e os relatos dos entrevistados, nos leva a considerar que o grupo para gestantes realizado no local onde se deu a pesquisa, se desvia dos princípios de Educação Popular em Saúde e das propostas para concepção de grupos educativos nessa perspectiva de educação, embora tenha ficado claro o esforço dos profissionais de saúde para a realização dos grupos.

Apesar do discurso predominante entre os entrevistados, estabelecendo relação entre Educação em Saúde a todas as ações de cuidado, percebemos por meio da observação participante que, mesmo na presença de acompanhantes tradutores, as consultas de pré-natal e outros atendimentos também aconteceram nos moldes prescritivo e biomédico de atuação, nos quais o profissional se limitava a resolver problemas de ordem biológica, dizendo o que o usuário deveria ou não fazer, o que remete às reflexões de Meyer et al. (2006) que alertam para a ineficácia da homogeneização das ações de saúde e enfatizam a importância da comunicação para a construção e fortalecimento da Educação em Saúde.

Portanto, é notória a lacuna entre teoria e prática. De modo geral, os profissionais conhecem os princípios que regem a promoção da saúde por meio de ações educativas. No entanto, isso não foi percebido nas observações do cotidiano de trabalho, nem mesmo nos grupos para gestantes, possivelmente por múltiplas condições adversas que incidem no processo de trabalho.

8.2.2 Capacitação profissional

Assim como os termos *Educação em Saúde* e *Educação Popular em Saúde*, termos como *Educação Permanente em Saúde* e *Educação Continuada* são utilizados, de modo geral, indistintamente e muitas vezes de maneira equivocada pelos profissionais. Ambos os termos estão inseridos na categoria *Educação na Saúde*, que consiste na educação voltada para os profissionais (FALKENBERG et al., 2014)²⁶.

Para Falkenberg et al. (2014), a multiplicidade dos cenários de atuação na saúde e as exigências diárias – como também vimos no item anterior deste capítulo – requerem capacidades no processo de trabalho, superação dos desafios, inteligência emocional e relações interpessoais satisfatórias. Diante disso, os autores afirmam que a manutenção dos profissionais para além da graduação se faz necessária e é fundamental.

Durante as entrevistas, não fizemos diferenciação dos termos *Educação Continuada* e *Educação Permanente em Saúde*. A fim de identificar o nível de compreensão dos entrevistados e a capacidade de diferenciação, utilizamos o termo *capacitação profissional*, porém, inicialmente perguntamos aos profissionais se haviam sido ou se sentiam preparados para atender a população imigrante.

P1: Não, a gente vem... vai... vai se adaptando. Eu não fui formada pra atender, nem quando eu entrei aqui fiz cursinho básico pra atender imigrante.

P4: Não. Nem perto. Nem tocar no assunto, assim. Não. Não teve. Tô aprendendo aqui na formação UBS ((nome da UBS)) viu, que a gente vai aprendendo.

P5: Fui. Fui preparado. /.../ quando eu cheguei aqui foram as pessoas que me prepararam, autorizadas e orientado pelo gerente ((nome do gerente)) da época. Ele falou “oh, vai lá, pega o ((nome do entrevistado)), que aparenta ter boa vontade e... e ensina ele”.

De acordo com o que foi dito nas entrevistas, percebemos que o preparo ao qual os profissionais se referiam estava diretamente relacionado à formação profissional durante a

²⁶ De acordo com o glossário temático do MS sobre gestão do trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2009), a *Educação na Saúde* consiste na produção e sistematização de conhecimentos para o desenvolvimento da atuação em saúde. Nela, estão inseridas duas modalidades: a *Educação Continuada* e a *Educação Permanente em Saúde*. A primeira é definida pela aquisição de informações técnico-científicas pelo profissional por meio de escolarização formal, e a segunda estrutura-se a partir da problematização do processo de trabalho e tem por objetivo a transformação das práticas profissionais.

graduação ou se limitava a experiências de trabalho adquiridas e cooperação mútua entre os colegas de profissão. No entanto, quando questionados se receberam *capacitação profissional*, surgiram relatos de atividades realizadas dentro da instituição, sugestivos de práticas de *Educação Permanente em Saúde*, embora o termo não tenha sido mencionado.

P9: ...não foi bem uma capacitação, foi mais assim uma... é... foi mais uma apresentação, né? A cultura dos países. Porque a gente começava a receber... isso quem fez foi a ((nome da gerente)), ex gerente daqui. Nós começamos a receber muito imigrantes, muito, e foi naquela época que os sírios estourou aqui /.../ ganhou cheque... ganhou prêmio. Foi um cheque de 300 mil que até hoje eu não sei onde parou esse cheque.

P6: ...inclusive a gente fez atividades dos imigrantes onde cada equipe falou de um país ou outro ou dois países dos imigrantes que a gente atende. A gente já fez a atividade para conhecer a cultura, o país, dos imigrantes que a gente tem na região, tá? E foi muito legal, porque essa atividade a gente tratou de ver os costumes, de ver a comida, né? De ver a cultura dos países, e a gente fez como um feirão, onde cada barraquinha representava um país /.../ e teve uma exposição com apresentação de PowerPoint sobre os países e... eu lembro que eu fiz de Angola e República Democrática do Congo, né? Que também são dois países que a gente tem menor proporção, mas a gente tem aqui na região, e foi muito... legal, foi muito enriquecedor, assim. Que é importante a gente conhecer a cultura dos países, quais são os costumes, né? Pra gente poder fazer uma abordagem mais integral do imigrante, né?

A confusão na empregabilidade dos termos denota uma deficiência na formação dos profissionais, seja na graduação, nos cursos de pós-graduação ou demais espaços de reflexão dos processos de trabalho. Percebemos que, de maneira geral, os profissionais atuam sem que haja domínio conceitual da própria atuação. De modo a potencializar os processos de trabalho, é importante que a Educação na Saúde seja pauta das capacitações, esclarecendo as concepções das ações que permeiam a Educação Popular em Saúde, como vimos em item anterior deste capítulo, e não sendo apenas uma estratégia de programas verticais com ações prescritivas nos quais cabe aos trabalhadores reproduzi-las mecanicamente sem ao menos refletirem na sua pertinência dentro do contexto local.

O ato de educar não está para o treinamento e nem a ele se limita. A prática educativa está para a formação dos sujeitos e não cabe reduzi-la ao treinamento técnico-científico dos educandos (FREIRE, 2003). Assim como os profissionais exercem o ato de educar, os mesmos também são envolvidos em processos educativos através das capacitações profissionais. Se estas ocorrem pautadas apenas no treinamento técnico-

científico, haverá apenas a reprodução do treinamento recebido à população. O resultado disso pode ser a aplicação de códigos de linguagem, retraindo a população quanto ao conhecimento, funcionamento e controle de seu próprio corpo.

Temas relacionados à saúde e voltados às principais demandas da população também são o cerne da capacitação de profissionais. A abordagem de temas que permeiam o cotidiano profissional e caracterizam desafios para os profissionais, como é o caso da assistência voltada à população imigrante, permite a potencialização do cuidado e, como dito pelo entrevistado, são fundamentais para “poder fazer uma abordagem mais integral do imigrante” (P6). Além de fornecer subsídios para um modelo assistencial voltado aos princípios do SUS, como é o caso principalmente da integralidade, promove um cuidado culturalmente sensível e, portanto, alcança os pressupostos da Teoria Transcultural da Enfermagem, tendo o cuidado como essência da enfermagem e, como essência do cuidado, a consideração de diferentes orientações culturais ou estilos de vida específicos de determinada cultura (LEININGER²⁷, 1981 apud GUALDA; HOGA, 1992).

Vimos que a imigração foi uma temática abordada na capacitação profissional, no entanto, segundo os relatos dos entrevistados houve uma redução significativa dos espaços de reflexão sobre essa e outras temáticas devido às mudanças de perfil de gestão dentro da unidade e a demanda excessiva de trabalho como resultado do aumento da população local e redução das contratações. Os profissionais relataram também que essa atividade, por exemplo, ocorreu há mais de três anos e defenderam a necessidade de novos espaços de reflexão e aprendizado frente ao tema.

E: - E você acha que deveria ter de novo?

P9: - Sim, sim. Sabe por que? Não atividade, mas assim, uma capacitação, porque tem muitos ACS novos. Muitos ACS novos. Os velhos, muito velhos ainda continuam e outros estão saindo, né? Tem muitos ACS que se formou em enfermagem... tem outros que tão fazendo pós... então é assim, é... deveria porque tem muitos ACS novos. E não pegou essa fase. Eu acho que de dois em dois anos teria que fazer isso.

A necessidade de espaços de reflexão, reconhecida pelos profissionais da unidade em estudo, é animadora e contraria a ideia de que existe uma “cultura” entre os profissionais de saúde de que não é preciso aprender a fazer Educação em Saúde, sendo os saberes técnico e

²⁷ LEININGER, M. M. *Caring: an essential human need*. Thorofare: Charles B. Slack, 1981.

científico considerados suficientes para o desenvolvimento de ações na área (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Um dos percalços que esbarram na realização de atividades voltadas aos profissionais é a sobrecarga de trabalho, mencionada por alguns dos entrevistados. Não se trata apenas de um empecilho para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, mas também tem sido apontada por diversos registros na literatura como um dos fatores causadores de insatisfação no trabalho em saúde no âmbito da Atenção Básica, resultando em desgaste e adoecimento dos profissionais (BATTAUS et al., 2012; LIMA et al., 2014; SORATTO et al., 2015).

Autores defendem que o tempo dedicado ao trabalho ocupa grande espaço na vida desses profissionais. A jornada de 40 horas semanais, as agendas excessivas de trabalho, a existência de áreas geográficas mal definidas e a cultura curativista presente em parte da população são alguns dos fatores que influenciam a demanda de trabalho. Ainda é preciso considerar o trabalho fora do expediente, o tempo de deslocamento até o local de serviço e os afazeres domésticos antes ou após o trabalho formal (BATTAUS et al., 2012; SORATTO et al., 2015).

Todos esses fatores mencionados dificultam tanto a elaboração de espaços de reflexão dentro das instituições de serviço quanto a busca por formação fora do local de trabalho. Nesse sentido, destacamos o domínio de idiomas pelos entrevistados como elemento capaz de facilitar a comunicação e o diálogo entre profissionais e a população imigrante. Somente as duas ACS declararam não falar qualquer outro idioma além do português, os demais profissionais relataram falar espanhol e/ou inglês, ainda que em um nível básico ou intermediário, mas que permitisse a comunicação. Todos relataram que a busca pelo aprendizado de outros idiomas se deu por interesses pessoais ou pela necessidade percebida no trabalho, e todos acreditavam não haver recursos financeiros provenientes da instituição administrativa e apenas um entrevistado demonstrou conhecimento da oferta de cursos de idiomas para profissionais.

P7: Oferecem, mas as línguas que eles oferecem... Eu tentei aprender o ((idioma)) crioulo ((créole)), mas é muito difícil, porque é o rascunho do francês. E eles não ensinam, eles não ensinam, você tem que pagar pra eles ensinarem, e é caro, eles cobram muito caro.

E: - E hoje, se você tivesse interesse em fazer algum idioma, você teria colaboração de algum setor, de algum... da instituição?

P4: - Não. Essa resposta é fácil. Não.

8.3 Estratégias de comunicação

A grande maioria das falas a respeito das ações educativas foi seguida de apontamentos em relação aos percalços enfrentados pelos profissionais nas diversas práticas. O discurso se desviava permeando as dificuldades enfrentadas, demonstrando aparente sentimento de angústia por parte dos entrevistados ao recordarem de situações vivenciadas que exigiam muito além das práticas rotineiras em saúde. Exemplo disso, são falas que apontam a dificuldade frente a determinados obstáculos, principalmente aqueles relativos à diferença de idioma - uma dificuldade relatada em todas as falas -, além de certa preocupação em relação ao desfecho de determinadas situações.

P4: Aí quando é crioulo a gente fica... não sei... “como é que eu conduzo isso?”.

P3: ...como é que eu vou perguntar pra uma pessoa que não entende nada se ela tá com dor? Se ela tá anestesiada? Se tá... o dente incomodando?

P4: São coisas que deixam a gente bastante preocupado /.../ metade aí dá certo. Agora, outras... fica meio que nas mãos de Deus.

No que se refere aos grupos para gestantes, algumas reflexões vieram à tona: como um facilitador, cujo único idioma é o português, é capaz de mediar reflexões e discussões de um grupo composto por pessoas que falam idiomas diferentes? Como se dá o processo de compreensão, processamento e construção do conhecimento dos participantes nesse contexto?

P3: Fingem que entende, né? E a gente fica, né? Na fé de que eles tão entendendo.

Semelhantemente à fala acima, Scotney (1981) descreve o comportamento das pessoas em unidades de saúde: frequentemente ouvem, mas não compreendem, e não dizem que não compreenderam; ouvem e pensam que compreendem; ouvem e compreendem, mas não se convencem ou não adotam práticas ou hábitos; ou compreendem e adotam práticas ou hábitos, mas acham que não estão alcançando os resultados esperados ou que a ação demanda muito esforço e desistem.

Para Knobloch (2015), dificuldades de comunicação provocadas pela diferença de idioma e diferenças de culturas entre quem cuida e quem é cuidado, são desafios enfrentados nos atendimentos aos migrantes. A busca por alternativas pode ser exemplificada com a adoção de práticas que comportem elementos da psicoterapia transcultural desenvolvida por Marie-Rose Moro e colaboradores, decorrente dos impasses provocados pelo trabalho com migrantes na França. Nas experiências de Moro (2015), a prática clínica se aprimora a partir da própria interação dos profissionais com os “pacientes”. Deve levar em consideração a multiplicidade de contextos, culturas e línguas, considerar a singularidade do sujeito em seu contexto atual com relação às suas referências e especificidades culturais de origem, e ressalta a necessidade de desenvolvimento de uma posição ético-política na forma de organização do trabalho.

Moro e sua equipe de coterapeutas de origens culturais e linguísticas diversas, desenvolvem a clínica transcultural na Maison des adolescents do Hospital Cochin, na França. A essência do dispositivo proposto é a mestiçagem e a centralidade na noção de alteridade, reconhecendo as diferenças e valorizando-as. A língua materna dos “pacientes” deve estar presente se assim eles preferirem, assim como a passagem da língua materna para outra língua conforme sintam necessidade. Segundo a autora, a formação transcultural é necessária tanto para terapeutas quanto para intérpretes, pois, de acordo com seu ponto de vista, a tradução não é simplesmente um recurso, mas é parte do processo interativo do cuidado transcultural (MORO, 2015).

Na unidade de saúde em estudo, a tradução não é uma realidade em todas as ações de saúde, pois não há profissionais que exercem exclusivamente essa função. A tradução depende da contratação de tradutores por parte dos usuários – como é o caso de chineses que vão à unidade sempre acompanhados por tradutores – e nos casos em que os demais usuários imigrantes têm algum amigo ou parente que fale português disponível para os acompanhar.

Embora a tradução seja, evidentemente, um fator facilitador no processo de dialogia e, portanto, da construção conjunta do conhecimento e do cuidado integral à saúde de imigrantes numa perspectiva transcultural, consideramos que a comunicação não se esgota na linguagem oral. Para Paulo Freire (2003), a existência do diálogo depende de determinados elementos, tais como: *amor*, relacionado à ação comprometida com o mundo

e com o outro; *fé*, como crença nas pessoas como possíveis de se transformarem e transformarem o mundo à sua volta; *humildade*, elemento necessário para que as pessoas não se sobreponham, na relação e no mundo, umas às outras; *confiança*, estabelecida mediante a junção dos três elementos anteriores, e que permite uma relação verdadeira; a *esperança*, que garante a busca e a movimentação pela transformação e é o motor do diálogo, pois ele ocorre somente a partir da esperança de que a mudança é possível; e a *críticidade*, pois na visão do autor, o pensamento crítico é que é capaz de reconhecer a possibilidade de mudança e de aprender de diferentes perspectivas.

Segundo Freire (2003), o diálogo, por fim, se concretiza na *práxis* e na *pronúncia*. A primeira se traduz na coerência entre o que se fala e o que se faz, perpassa a ação e a fala (palavra), valida a confiança e é por meio dela (práxis) que se dá a ação de transformação do mundo, o que o autor denomina de pronúncia de mundo. Ao pronunciarem o mundo, as pessoas agem de acordo com a sua reflexão, em comunhão com outras pessoas e se tornam livres de relações opressoras.

Frente às dificuldades citadas, os entrevistados foram questionados quanto às estratégias de comunicação utilizadas em suas práticas educativas. As estratégias citadas foram: usuário estar sempre acompanhado de alguém que fale português, uso do Google Tradutor, uso de imagens na tela do computador, solicitação de ajuda dos colegas profissionais que falam outro idioma – embora tenha sido apontada dificuldade em relação ao deslocamento dentro da unidade e disponibilidade do profissional -, gestos, presença dos tradutores chineses contratados pelas gestantes e uso de álbum seriado nos grupos para gestantes.

P4: Se eu consigo falar, consigo usar o Google, ok, agora, se eu vou dar uma orientação que vai dar muito impacto, o Google não funciona, mímica não funciona, o meu mais ou menos inglês não funciona, meu mais ou menos... mais ainda pra menos espanhol não funciona, eu falo “não consigo te atender. Preciso que traga alguém que saiba falar”. Entendeu?

P9: É o que eu falei, né? Tento, na fala, gestos, né? Mostrando objeto “Oh!”, aí eu, tipo assim, vem um exame, “Caramba, como que eu vou falar?”. Primeiro eu chego e pergunto “Fala português?”, “No.”, “Alguém fala português? Amigo fala português?”. Aí vai procurar alguém, às vezes na pensão. Se não tem ninguém, aí eu falo “Oh, exame, médico, medicina, esse dia, esse hora, ok?”.

Há inúmeras razões pelas quais podemos caracterizar as ações educativas como desafiadores no contexto da imigração. Entretanto, apesar das dificuldades, há um esforço pessoal dos profissionais em superar as barreiras, inclusive daqueles que fornecem subsídios que viabilizem tais práticas.

Conforme observado e relatado, a unidade dispõe de computadores com rede de internet nos consultórios, possibilitando o uso de ferramentas eletrônicas como o Google Tradutor e o Google Imagens. Para a prática de grupos, não há um local apropriado. Há materiais didáticos e ilustrativos disponíveis que colaboram para a comunicação e compreensão das informações, porém, parte desses materiais foi providenciada pelos próprios profissionais, não se trata de recurso fornecido pela instituição.

As falas dos entrevistados demonstraram o pouco fornecimento de recursos físicos como materiais ilustrativos e a ausência de local apropriado para a realização dos encontros.

P1: Às vezes acontece no final do corredor, às vezes acontece lá em cima /.../ porque a gente não tem uma sala grande pra... pra grupos. Aí a gente faz onde der.

P3: Favorável não tem nenhum lugar porque a gente não tem muito espaço, a gente adapta os espaços pra conseguir fazer.

E: - E... vocês têm disponibilidade de materiais educativos. Quem fornece é a própria unidade ou é de vocês?

P3: - Não. É dela ((técnica em saúde bucal)). Ela que mandou fazer.

Além das dificuldades que permeiam o desafio da comunicação e de recursos físicos, outras dificuldades inerentes ao fluxo de atendimento das gestantes imigrantes também foram citadas, embora todas as dificuldades estejam, de certo modo, entrelaçadas à dificuldade de comunicação por não compreensão do idioma: direcionamento correto da gestante pela equipe da recepção aos consultórios; identificação correta da demanda de saúde na sala de acolhimento; direcionamento correto da gestante ao setor de regulação, onde é realizado o encaminhamento para coleta dos exames de pré-natal solicitados; e agendamento de consultas de retorno, uma vez que comumente as gestantes deixam a unidade imediatamente após a consulta, sem agendar retorno.

Diferenças culturais também estiveram presentes nas falas de todos os entrevistados a respeito das dificuldades no cotidiano de trabalho. Nota-se, inclusive, que tanto o idioma quanto as diferenças culturais foram também as principais dificuldades elencadas em um

diagnóstico de atendimento à população imigrante realizado no município de São Paulo (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017).

Orientações de higiene pessoal, uso de antibióticos para tratamento de infecção do trato urinário - muito recorrente em chinesas -, uso de qualquer outro medicamento e atualização do calendário vacinal, são alguns exemplos de orientações pouco seguidas e um dos desafios dos profissionais, diretamente atrelado à comunicação.

P2: Não, vacina não toma.

P1: Tá com dor de cabeça? A gente não vai fazer yoga pra passar a dor de cabeça. Vai tomar o paracetamol. Aí elas falam que não. Não gostam, assim.

P3: Tem muitos pacientes que você fala “olha, você precisa escovar os dentes”. Você mostra, você explica o porquê, mesmo que ele entenda, você pega às vezes um boliviano que é a língua meio parecida, dá pra entender um pouco melhor, mas não tem o hábito, não escova o dente.

Um espaço que legitima teorias não hegemônicas, valoriza as práticas e os saberes terapêuticos que os imigrantes trazem com eles, sem traduzir ao idioma biomédico, é um desafio político, clínico e pedagógico, pois além de introduzir novos paradigmas que definirão novos saberes e novas competências clínicas, implica um deslocamento pessoal na apropriação de outras racionalidades, o que desestabiliza certezas absolutas, um processo nada agradável ou fácil (KNOBLOCH, 2015).

Muitas vezes, a população apresenta outras formas de organização para solucionar seus problemas de saúde, aliviar o sofrimento e construir terapias mais integras. Diante disso, surge a necessidade da interação entre os conhecimentos dos profissionais de saúde e da população. Essas reflexões reforçam a ideia de que ações educativas em saúde devem seguir preceitos que permitam a transformação de uma realidade por meio de um processo de interação, escuta ativa e troca de saberes culminando em uma conscientização crítica dos indivíduos que possibilite a construção compartilhada do conhecimento. O II Caderno de Educação Popular e Saúde do MS (BRASIL, 2014) reforça, inclusive, o desenvolvimento de uma perspectiva participativa e emancipatória, garantindo autonomia e valorização dos usuários como sujeitos de direito e autores de sua trajetória de saúde e doença, capazes de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidarem de si, de sua família e de sua coletividade, em acordo com suas especificidades culturais. Em colaboração a esta

perspectiva, lembramos dos elementos da teoria transcultural (LEININGER²⁸, 1986 apud GUALDA; HOGA, 1992), descrita em capítulo anterior, e da importância de superação da barreira linguística, bem como do desenvolvimento de estratégias de comunicação.

8.4 Os olhos de quem está na ponta: desafios e propostas para a assistência à saúde culturalmente sensível

O trecho apresentado a seguir é uma analogia feita por um profissional. Representa a opinião de alguns entrevistados no que diz respeito ao processo de elaboração de propostas para melhoria no atendimento a imigrantes, que deveria partir ou ao menos haver maior participação dos profissionais da ponta, que lidam efetivamente com essa população.

P5: - É... você tem carro?

E: - Tenho.

P5: - Tem um carro. Se o seu carro tem vícios, depois você vê que sempre dá problema no... no... na embreagem. Quem é a melhor pessoa do mundo pra contar pra montadora que "peraí, esse carro tá com problema na embreagem toda hora"... você acredita sinceramente que é a Secretaria ((Municipal de Saúde)) - sua opinião - que é o ((nome da instituição administrativa)), a gerência... ou que são os médicos e os enfermeiros?

E: - Os médicos e os enfermeiros.

P5: - Então eu acredito, sinceramente, que nós devíamos pontuar isso aí pra gerência. E cobrar da gerência levando isso um pouco mais pra cima, porque a coisa vem de baixo, né? Vem daqui da gente.

Tanto o trecho acima da entrevista quanto o trecho mencionado a seguir remetem à (des)valorização do profissional. Autores defendem que fazer com que o profissional se sinta importante e integrado ao processo de trabalho, além de reconhecer e valorizar sua atuação e seus esforços no aperfeiçoamento de suas ações, permite maior satisfação no trabalho por considerar o profissional como pessoa, com aptidões e contribuições singulares em suas práticas (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). Além disso, desde 1997 a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) defende que o gerenciamento eficaz deve responder às necessidades com base nos problemas pertinentes e identificados pelos trabalhadores e pelos gestores dos serviços (OPAS, 1997).

P4: Saúde se faz com os dois lados, com dois componentes, que compõem, mas um tá mais enfraquecido, que somos nós, que atendemos. Tem muita

²⁸ LEININGER, M. M. Transcultural nursing; quo vadis (where goeth the field)? In: **11th Annual Transcultural Nursing Conference**. Memphis, p. 1-15, 1986.

gente pensando de um lado só da corda, tem gente precisando fortalecer esse lado. Quem olha de fora pensa “nossa, mas tá dando certo, tá atendendo, não dá problema”. Não dá problema porque a gente tá conseguindo dar conta, mas a gente tá cada dia precisando cada dia de ajuda e toda vez que alguém olha e fala “tá conseguindo dar conta? Então aguenta um pouquinho mais”, e daí coloca mais um pouquinho mais.

Diante do exposto, consideramos fundamental apresentar as propostas de melhoria da assistência à população imigrante, sobretudo gestantes imigrantes, que emergiram durante as entrevistas. A proposta mais citada pelos entrevistados foi o apoio do “serviço”, que aqui entendemos como da gestão municipal da saúde que deve garantir os meios para capacitação profissional que forneça recursos para uma assistência adequada.

P7: ...eu acho que os profissionais eles deveriam ser é... preparados pra esse tipo de público, entendeu? Assim, no sentido de língua, falar outra língua, né? Acho que o serviço deveria proporcionar isso, né? Pra nós. Porque é uma dificuldade muito grande. Porque a partir do momento que você tem um profissional que fala outra língua, que explica na língua deles, é totalmente diferente o entendimento, sabe?

Outra proposta presente nas entrevistas foi a contratação de ACS imigrantes, considerando as experiências prévias de quando esses profissionais integravam a equipe de saúde na unidade.

P1: E... tinha dois agentes de saúde, um ele na verdade era do consultório na rua, né? Da empresa anterior, ele era congolês, do Congo, então ele falava crioulo, falava francês, e ele ajudava bastante, assim, você chamava ele, ele vinha e ajudava, e na minha equipe a gente teve por quase 2 anos, um ano e meio. Ele foi embora no final do ano passado, acho que em outubro ou novembro do ano passado. E um angolano, era o ((nome do ACS)), aí ele ajudava bastante, assim, ele entrava nas consultas, ele era agente de saúde dessa região onde moram mais haitianos, assim. Então, ele ajudava bastante, tinha um contato, orientava, e ele falava cinco línguas.

P3: O ((nome do ACS)) era espetacular, porque ele falava vários idiomas e pegava bem o pessoal de rua, pegava muito africano, angolano, haitiano, levava... era bem tranquilo. Aí a equipe de rua foi mudada e ele foi embora.

P6: Ajudava... É, nem sempre, porque eles tinham que fazer outras coisas, mas quando eles tavam na UBS eles ajudavam muito, é, então eram muito úteis /.../ fazem falta, né? Hoje em dia.

A contratação de ACS imigrantes é justificada pelo 10º artigo do decreto nº 57.533 de 2016 que regulamenta a Política Municipal para a População Imigrante. O artigo prevê a contratação de agentes públicos imigrantes e/ou a designação de um mediador cultural nos equipamentos públicos com maior afluxo de imigrantes que, dentre outras competências,

articule a comunicação entre profissionais e a população imigrante, efetivando, assim, o princípio da interculturalidade (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016a). Experiência bem-sucedida com ACS imigrante é exemplificada com a atuação do “Seu Jorge” na UBS Bom Retiro, relatada por Steffens e Martins (2016) que enfatizam a importância de tais contratações. Outras experiências positivas são descritas por Ciscati (2018), como é o caso de Kinvuzila, ACS de origem angolana contratado pela UBS Sé, e Jeanneth, de origem boliviana também contratada pela UBS Bom Retiro.

Segundo Aguiar e Mota (2014), o pertencimento do ACS ao mesmo nível cultural dos usuários permite melhor identificação das carências e conflitos internos relativos à comunidade. Sendo assim, a contratação obedece aos mesmos princípios das atribuições ao cargo estabelecidas pelo MS: “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” e “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (BRASIL, 1997, p. 18).

Frente aos relatos dos entrevistados em nosso estudo e às necessidades expostas por eles, frente à importância e ao favorável resultado da contratação de ACS imigrantes, percebemos que *ainda* “Falta um Jorge” nos serviços de saúde que preencha as lacunas de comunicação e relação entre as equipes e as comunidades imigrantes.

Outra sugestão apontada pelos profissionais entrevistados, que merece a atenção dos gestores, está pautada na fragilidade dos dados estatísticos sobre imigrantes.

P5: A pessoa que criou e fez... acredito o sistema, na época não teve essa ideia, né? É... Tinha que universalizar os dados /.../ a gente teria um dado mais fidedigno de quanto até estrangeiros a gente atende hoje em dia. Mas aí é uma coisa mais em cima né, a secretaria, ou um programa interno... eles teriam que mudar. Eu acredito que com o tempo as coisas vão progredir. Quando se criou o programa, se criou pra atender a região, mais povo brasileiro, né? E agora com esse grande êxodo de estrangeiro que a gente tá tendo, essa grande imigração, a galera tá vindo, né? Então tá acontecendo isso. Agora, algumas coisas vão ter que ser ajustadas, claro, né?

A dificuldade de obter dados sobre o acesso de imigrantes nos serviços de saúde já havia sido apontada pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) em seu boletim de 2015, no diagnóstico de saúde Imigrantes em São Paulo, e atribuída à ausência de um registro sistemático de dados sobre a nacionalidade nos sistemas de informação da saúde pública (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015; SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017).

Na UBS em estudo, como vimos nos resultados da pesquisa, a quantificação de imigrantes atendidos na unidade não é realizada, tampouco a de gestantes imigrantes. Alguns profissionais relataram que o cadastramento de gestantes no Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) não possibilita a quantificação automática por nacionalidade. Para obtenção desses dados, seria necessário o preenchimento de uma planilha paralela e a quantificação por meio de filtros.

Como vimos, ainda é um problema que persiste no serviço de saúde, oculta a dimensão da necessidade de formular ações culturalmente sensíveis às comunidades imigrantes e reduz a elaboração de políticas públicas voltadas ao tema. Autores defendem que a insuficiência de dados acarreta em prejuízo no planejamento de ações e implantação de políticas públicas (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015).

Na observação participante e nas entrevistas, foi falado sobre a possibilidade de utilizar recursos da comunidade voltados à atenção da população imigrante, para a realização de grupos para gestantes, uma vez que em alguns locais existem tradutores que poderiam facilitar a comunicação. Para Morosini et al. (2007), os centros comunitários são considerados espaços privilegiados para ações educativas, tendo em vista que o movimento de ir até o outro, no espaço em que este se sente familiarizado e acolhido, facilita a tarefa de construção de vínculos e estimula a troca e a construção de conhecimento. A ideia seria encaminhar as gestantes assistidas na unidade em estudo aos grupos na comunidade, incluindo a participação de alguns profissionais da unidade, mantendo o vínculo com as gestantes e contribuindo com o trabalho de outra instituição. Essa estratégia justifica-se pela falta de espaço na unidade em questão e pela ausência de tradutores.

P4: Eu acho isso ótimo, encaminhar é possível, a adesão é x. Não sabemos. Vale a pena, e a gente vai sentindo... vai avaliando /.../ É por um objetivo nobre? É? Vale a pena tentar. Ponto.

P5: ...acredito que é mais uma porta que se abre, as pessoas precisam ser acolhidas, como eu falei, a gente precisa tirar aquelas rugas de preocupação que ficam porque as vezes a gente não tem a tradução, a comunicação, e se lá eles conseguem fazer isso, é importante. É importante.

O envolvimento dos profissionais em grupos educativos dentro ou fora do equipamento de saúde é benéfico e também emergiu como sugestão durante uma das entrevistas:

P5: ...eu gostaria que elas ((as ACS)) fossem introduzidas ((nos grupos)). Já que eu não tenho tempo na agenda de fazer as palestras educativas, que dentro dos grupos a gente eduque, né? Seria essa a minha estratégia, e claro, depois a gente precisava falar especificamente com elas de cultura, né? /.../ “Ah, doutor, vou na casa daquela muçulmana lá, mas ela não come... ela não come... eu nunca vi ela comer carne de porco”. Você não vai ver. Ela comer linguiça... eles não comem isso. Então a minha forma seria enquadrar elas ((as ACS)) dentro dos grupos sendo que hoje eu não tenho agenda, mas isso tá sendo conversado com a gerência. Infelizmente, tudo mais difícil...

Os ACS têm uma importante atuação devido à sua proximidade com a população. Fazem parte, muitas vezes, da rede pessoal daqueles que atendem e representam um elo entre o serviço de saúde e a comunidade (SANTANA et al., 2009). Tem como uma de suas tarefas a promoção da Educação em Saúde (BRASIL, 1997) e, por isso, defendemos que sua inserção em atividades de capacitação profissional seja fundamental.

Os entrevistados também ressaltaram a necessidade de cartilhas informativas de saúde traduzidas em outros idiomas, principalmente em mandarim, espanhol, francês e crioulo. Segundo os relatos, a unidade contava com cartilhas traduzidas em mandarim e espanhol, no entanto, essas cartilhas já não existem mais. Em conversa com a filha de uma das tradutoras chinesas que frequentam a unidade, a cartilha em mandarim não despertava o interesse das gestantes chinesas por conter informações contrárias às práticas de saúde de seu país de origem. O material era traduzido literalmente sem considerar as especificidades culturais das populações imigrantes. Há que se destacar a importância da elaboração de materiais que façam sentido para a população imigrante, como as cartilhas para as gestantes (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012). A recomendação da adoção da perspectiva das mulheres nos materiais educativos está presente em documentos desde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984 e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) de 2000.

Como vimos, práticas educativas são inerentes ao trabalho em saúde (SOUZA, 2011; FALKENBERG et al., 2014), mas muitas vezes são relegadas a um segundo plano no planejamento dos serviços, bem como na organização, execução e gestão das ações de cuidado, ou não são formuladas de acordo com as necessidades da população e dos profissionais atuantes. O enfrentamento e busca solitária de melhorias por parte dos trabalhadores enfraquecem o desenvolvimento de ações sob o aspecto da comunhão de

responsabilidades entre trabalhadores, gestores dos serviços e coordenadores de programas.

O que resulta deste processo é o acúmulo e a repetição de processos de trabalho, ineficazes à promoção da saúde, ao alcance dos princípios básicos do sistema de saúde brasileiro e insatisfação dos trabalhadores, a quem é delegado um acúmulo de tarefas burocráticas e padronizadas diante de uma população tão vasta e culturalmente diversificada (SORATTO et al., 2015).

P4: É... mas assim, vou deixar outra coisa muito bem claro, o fato da gente estar conseguindo dar conta – porque, nunca subestime o efeito adaptativo dum ser humano – o fato da gente dar conta não significa que tá tudo certo e que tá fácil. /.../ De novo, vou reforçar, o fato da gente tá conseguindo dar conta disso, significa que a gente se adaptou, mas não significa que tá certo, entendeu?

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nosso estudo, os profissionais de saúde demonstraram compreender as ações educativas como toda ação em saúde, que pode acontecer em qualquer momento e em qualquer lugar. No entanto, vimos que alguns profissionais entrevistados parecem limitar as ações educativas aos grupos educativos. E, quando da prática dessas ações, tanto as observações realizadas no campo quanto a fala dos entrevistados indicaram questões desafiadoras como a precariedade dos recursos físicos e materiais da unidade, e, especificamente nas ações voltadas para os diferentes grupos de imigrantes, as dificuldades de comunicação e os diferentes aspectos culturais se apresentaram na relação profissional e usuário.

Vimos que, embora dispositivos legais garantam o acesso da população imigrante aos serviços de saúde, e que em São Paulo avanços tenham ocorrido como a criação da inédita Política Municipal para a População Imigrante, estes dispositivos não foram suficientes para a promoção de mudanças no cotidiano dos serviços, que resultassem no cuidado em saúde efetivo, igualitário, integral e equânime.

Cabe considerar que, tratando-se de populações imigrantes, a igualdade de direitos não se traduz em homogeneização da assistência. Apesar do artigo 5º da Constituição Federal de 1988 afirmar que todas as pessoas são iguais perante a lei (BRASIL, 1988), tratar a todos igualmente não promove a igualdade. É necessário tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais na medida em que eles se desigalam²⁹.

Buscamos compreender como se davam as ações educativas no pré-natal de mulheres imigrantes a partir dos relatos de profissionais da atenção básica que assistem essas mulheres. Os resultados evidenciaram, quanto à presença de imigrantes, uma percepção de aumento da presença na Unidade Básica de Saúde (UBS). Apesar de resultar

²⁹ Esta definição de igualdade que predomina em toda doutrina nacional decorre de discurso escrito por Rui Barbosa para parabenizar os formandos da turma de 1920 da Faculdade de Direito do Largo de São Francisco, em São Paulo, intitulado Oração aos Moços, onde se lê: "A regra da igualdade não consiste senão em aquinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigalam. Nesta desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade. O mais são desvarios da inveja, do orgulho ou da loucura. Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real".

em desafios no cotidiano do serviço de saúde, os profissionais manifestaram discursos favoráveis à recepção e acolhida da população imigrante.

Quando foram ouvidos, os profissionais deram sugestões para melhoria da qualidade do atendimento, tais como: maior participação dos profissionais de ponta na elaboração e implementação de propostas; maior apoio da gestão e do governo na promoção de capacitação de profissionais; a contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) imigrantes; melhoria dos dados da Atenção Básica em relação à população imigrante; fortalecimento da rede e encaminhamento dos imigrantes a outros grupos de apoio em outras instituições que contam com o auxílio de tradutores; o envolvimento dos profissionais da UBS nestes grupos; e fornecimento de cartilhas traduzidas em alguns idiomas, mas que correspondam às especificidades de cada cultura.

O modelo tradicional de Educação em Saúde observado nos grupos educativos, nos pareceu enraizado na educação bancária, agravado pela atual precariedade de espaços de reflexão. Entre os fatores que contribuem para esta situação, podemos citar a formação em saúde verticalizada, tecnicista, biomédica e prescritiva, centrada na cura de doenças e que desconsidera os interesses e as especificidades da população. Assim, há que se resgatar o processo disparador de reflexões e problematizações da própria rotina de trabalho, ou seja, os princípios da Educação Popular em Saúde, que é mais que apenas um método de trabalho, mas sim um processo que contribui para a formação e capacitação dos profissionais.

Na UBS “internacional” onde desenvolvemos o estudo, vimos que o cotidiano multicultural se impõe com tamanha força que produz respostas reativas, nem sempre pautadas nas diretrizes dos documentos que tratam da Educação em Saúde, mas necessárias e potencialmente capazes de estabelecer a comunicação, mesmo que mínima, entre os diferentes atores que buscam ultrapassar o desconhecimento mútuo, a incompreensão da língua e estabelecer alianças voltadas ao cuidado em saúde.

Acreditamos que a Educação Popular em Saúde e a transculturalidade podem funcionar muito bem enquanto instrumento de articulação dos princípios e diretrizes defendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social.

Este estudo nos leva a considerar que o Brasil ainda enfrenta uma defasagem na produção de dados sobre a saúde da população imigrante. Uma pesquisa representativa em nível nacional que permita a investigação das condições de saúde dos imigrantes e de seus filhos poderá contribuir para a elaboração de políticas públicas para esta população.

Finalizando, consideramos que a convivência com as diferenças pode contribuir para a construção de uma sociedade mais equânime, receptiva e acolhedora, e possibilitar o respeito e garantia dos direitos dos homens e mulheres imigrantes.

REFERÊNCIAS³⁰

- AGUIAR, B. S.; NEVES, H.; LIRA, M. T. A. M. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. **Boletim CEInfo Análise**. Ano 10, n. 13, dez. 2015. 49 p. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_13.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface** [online], v. 8, n. 15, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000200006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 14 mai. 2019.
- ALMEIDA, G. Rapsódia Húngara. ALMEIDA, G. In: **Cosmopolis**, São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1962.
- ALVES, R. **Filosofia da Ciência**: introdução ao jogo e suas regras. 12^a ed. São Paulo: Loyola, 2007. 176 p.
- ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional. **CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 14, 2009. Disponível em: <http://paginas.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%3%9ADE_TEXTO%20I_ATUA%3%87%3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf>. Acesso em: 6 mai. 2019.
- ASSIS, G. O.; SILVA, L. M.; FREDERICO, M. S. **Mídia e migração: uma análise da (in)visibilidade dos migrantes brasileiros na Europa**. Trabalho apresentado no GT de História da Mídia Digital integrante do 6^o Encontro Regional Sul de História da Mídia – Alcar Sul, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/isabe/Desktop/Marcados/03.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMA TÉCNICA (ABNT). **NBR 6023**. Informação e documento – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002. Disponível em: <<https://usjt.br/arq.urb/arquivos/abntnbr6023.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.
- BAENINGER, R. São Paulo e suas migrações no final do século 20. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 84–96, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v19n3/v19n3a08.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.
- BAENINGER, R.; FERNANDES, D. (Coord.) **Atlas Temático**: Observatório das Migrações em São Paulo: Migração e Refúgio. Campinas: NEPO/UNICAMP, 2018.
- BATISTA, V. O.; PARREIRA, C. G. Trabalho, imigração e o direito internacional dos direitos humanos. In: GUIMARÃES, A. M. C.; GOMES, E. B.; LEISTER, M. A. (Coord.) **Direito internacional dos direitos humanos**. CONPEDI/UNICURITIBA. Florianópolis: FUNJAB, 2013. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/publicacao/unicuritiba/livro.php?gt=136>>. Acesso em: 17 mai. 2019.

³⁰ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023 (2002).

BATTAUS, M. R. B.; DALRI, R. C. M.; LELIS, C. M.; BRIENZA, A. M.; ROBAZZI, M. L. C. C. Repercussões da jornada de trabalho para os enfermeiros: revisão da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE On Line** [Online], v. 6, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7083/6336>>. Acesso em: 6 mai. 2019.

BAUBET, T.; MORO, M.R. **Psychopathologie transculturelle**. Paris: Masson, 2013.

BAUMAN, Z. **Estranhos à nossa porta**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

BRAGG, R. Maternal deaths and vulnerable migrants. **The Lancet**, 2008. Disponível em: <<https://www.maternityaction.org.uk/wp-content/uploads/2013/09/lancetmaternity.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 16 de julho de 1934)**. Nós, os representantes do povo brasileiro, pondo a nossa confiança em Deus, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para organizar um regime democrático, que assegure à Nação a unidade, a liberdade, a justiça e o bem-estar social e econômico, decretamos e promulgamos a seguinte. Rio de Janeiro, RJ: 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm>. Acesso em: 16 abr. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 3.175, de 7 de abril de 1941**. Restringe a imigração e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ: 1941. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3175-7-abril-1941-413194-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 6.975, de 7 de outubro de 2009**. Promulga o Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Partes do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), Bolívia e Chile, assinado por ocasião da XXIII Reunião do Conselho do Mercado Comum, realizada em Brasília nos dias 5 e 6 de dezembro de 2002. Brasília, DF. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6975.htm>. Acesso em: 19 mai. 2019.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base**. Brasília: Funasa, 2007. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000**. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília, DF. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10048.htm>. Acesso em: 17 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm>. Acesso em: 25 dez. 2017.

BRASIL. **Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980**. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Brasília, DF. 1980. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6815.htm>. Acesso em: 25 dez. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Justiça. Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE). **Refúgio em números**. S.l.: CONARE, 2016a. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/01/refugio-em-numeros-2010-2016.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de atenção básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 25 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32_prenatal.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf>. Acesso em: 6 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores (MRE). Brasileiros no mundo. **Estimativas populacionais das comunidades**. Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/a-comunidade/estimativas-populacionais-das-comunidades>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 17 abr. 2019.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11–21, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a02.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

CASTLES, S. **Globalização, Transnacionalismo e Novos Fluxos Migratórios dos Trabalhadores Convidados às Migrações Globais**. Lisboa: Fim de século, 2005. 192 p.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. **Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil**. Relatório Anual 2018. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais. Brasília, DF: OBMigra, 2018. Disponível em: <<http://obmigra.mte.gov.br/index.php/relatorio-anual>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. suppl 1, p. 1547–1554, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a90v16s1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

CIDADE DE SÃO PAULO. A Coordenação. Conheça a Coordenação de Políticas para Imigrantes e Promoção do Trabalho Decente. **Cidade de São Paulo** [Online], São Paulo, 9 abr. 2018. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/imigrantes_e_trabalho_de_cente/coordenacao/index.php?p=156223>. Acesso em: 16 abr. 2019.

CISCATI, R. Agentes de saúde estrangeiros atendem uma crescente população imigrante em São Paulo. São Paulo contrata agentes comunitários de saúde vindos do lado de lá da fronteira. **Época**, 8 jan. 2018. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/saude/noticia/2018/01/agentes-de-saude-estrangeiros-atendem-uma-crescente-populacao-imigrante-em-sao-paulo.html>>. Acesso em: 7 mai. 2019.

COGO, D.; SILVA, T. Entre a fuga e a invasão: alteridade e cidadania da imigração haitiana na mídia brasileira. **Revista Famecos – Mídia, Cultura e Tecnologia**, v. 23, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/index>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

COMIN, A.; SOUKEF JÚNIOR, A. A ferrovia e o desenho da cidade. **InSitu: Revista Científica do Programa de Mestrado Profissional em Projeto, Produção e Gestão do Espaço Urbano**, FIAM-FAAM Centro Universitário, São Paulo, v. 3, 2017. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/situs/article/view/536/450>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. **Declaração de Alma-Ata**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde/Fiocruz. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2017.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa, Canadá. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 19-27. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

CURY, I. T. **Direito fundamental à saúde**: evolução, normatização e efetividade. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

DIAS, S.F.; ROCHA, C.F. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo**. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACID, I.P.), 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a38.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

EDWARDS, A. Refugiado ou Migrante? A diferença é importante. **Agência da ONU para Refugiados** [Online], 1 out. 2015. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2015/10/01/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-a-usar-o-termo-correto/>>. Acesso em: 29 out. 2019.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2–3, p. 164–176, mar. 2007. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt/>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

ESHIETT, M. U. A.; PARRY, E. H. O. Migrants and health: a cultural dilemma. **Clinical Medicine**, US, v. 3, n. 3, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4952446/pdf/229.pdf>>. Acesso em 19 mai. 2019.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847–852, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

FELLET, J. Em comunicado a diplomatas, governo Bolsonaro confirma saída de pacto de migração da ONU. **BBC News Brasil** [Online], 8 jan. 2019. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46802258?ocid=wsportuguese.chat-apps.in-app-msg.whatsapp.trial.link1 .auin>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_pedagogia_do_oprimido.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

GABINETE DE DOCUMENTAÇÃO E DIREITO COMPARADO (Portugal). **Comité para a Protecção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias**. [2013?]. Disponível em: <<http://gddc.ministeriopublico.pt/pagina/direitos-humanos?menu=direitos-humanos>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

GAETA, R. M. et al. A implantação da política municipal de saúde para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo. In: OPAS. **Inovação e direito à cidadania à saúde na cidade de São Paulo (2013-2017)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 out. 2019.

GOMES, L. B.; MERHY, E.E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

GONÇALVES, C. Bolsonaro confirma revogação da adesão ao Pacto Global para Migração. **Agência Brasil** [Online], Brasília, 9 jan. 2019. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2019-01/bolsonaro-confirma-revogacao-da-adesao-ao-pacto-global-para-migracao>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

GOVERNO DO BRASIL. Governo prorroga visto humanitário para haitianos. **Governo do Brasil** [Online], 23 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/09/governo-prorroga-visto-humanitario-para-haitianos>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

GREWAL, S. K.; BHAGAT, R.; BALNEAVES, L. G. Perinatal Beliefs and Practices of Immigrant Punjabi Women Living in Canada. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, New York, v. 37, n. 3, p. 290–300, maio 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18507600>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

GRIMSON, A. Democracia y politica en América Latina. Doce equívocos sobre las migraciones. **Nueva Sociedad**, mai./jun. 2011. Disponível em: <<http://nuso.org/articulo/doce-equivocos-sobre-las-migraciones/>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Estudo sobre Teoria Transcultural de Leininger. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 75-76, mar. 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v26n1/0080-6234-reeusp-26-1-075.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992, 224 p. Disponível em: <<http://rbep.inep.gov.br/index.php/rbep/article/viewFile/1172/1146>>. Acesso em 12 jan. 2018.

HALL, M. M. Imigrantes na cidade de São Paulo. In: Paula Porta (Org.). **História da cidade de São Paulo**. São Paulo: Paz e Terra, v.3, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000**: migração e deslocamento, resultados da amostra. Rio de Janeiro, IBGE, 2003. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/88/cd_2000_migracao_deslocamento_amostra.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: nupcialidade, fecundidade e migração. Rio de Janeiro, IBGE, 2011a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidade_migracao amostra.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Centro de Documentação e Disseminação de Informações. **Brasil: 500 anos de povoamento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 232p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6687.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Características étnico-raciais da população**: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça: 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2011b. 99p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=284242>>. Acesso em: 17 abr. 2019.

INTERNATIONAL MIGRATION ORGANIZATION (IOM). **Global Migration Trends Factsheet 2015**. Berlin: IOM, 2015. 20 p. Disponível em:

<https://publications.iom.int/system/files/global_migration_trends_2015_factsheet.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

IÑIGUEZ, L. **Análise Institucional Etnográfica da Educação e Construcionismo Social**. II Conferência do Doutor Lupicínio Iñiguez. Seminário Internacional “Abordagens Teóricas e Metodológicas nas Ciências Sociais”. 2000.

IPSOS. Inovação e Conhecimento: Sociedade. **Perigos da Percepção 2018**. 4 jan. 2019. Disponível em: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2019-01/perigos_da_percepcao_2018.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2019.

JUNQUEIRA, D. Pior que ser refugiado é ser refugiada. Mulheres contam suas dificuldades de viver no Brasil. **Notícias R7** [Online]. 6 mar. 2016. Disponível em:

<<https://noticias.r7.com/internacional/pior-que-ser-refugiado-e-ser-refugiada-mulheres-contam-suas-dificuldades-de-viver-no-brasil-10032016>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

KNOBLOCH, F. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n2/0103-6564-pusp-26-02-00169.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

LEVY, M. S. F. O papel da migração internacional na evolução da população brasileira (1872 a 1972). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, n. suppl, p. 49–90, jun. 1974. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v8s0/03.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

LOPES, C. M. S. **Direito de imigração: o estatuto do estrangeiro em uma perspectiva de direitos humanos**. Porto Alegre: Nuria Fabris Editora, 2009. Disponível em:

<https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/24096/Direito_Imigra%C3%A7%C3%A3o_Lopes.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2019.

MACHADO, L. A jornada de uma boliviana, do trabalho escravo à ocupação em São Paulo. **BBC News Brasil** [Online], 5 mai. 2018. Disponível em:

<<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44009360>>. Acesso em 23 abr. 2019.

MARTINE, G. A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/spp/v19n3/v19n3a01.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

MASCARENHAS, R. S. História da Saúde Pública no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 7, 1973. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v7n4/12.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

MCLEISH, J. **Mothers in exile**. Maternity experiences of asylum seekers in England. Maternity Alliance, London, 2002. Disponível em: <<https://www.maternityaction.org.uk/wp-content/uploads/2013/09/mothersinexile.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

MERCOSUL. Saiba mais sobre o MERCOSUL. Composição, objetivos e estrutura institucional. **MERCOSUL**, s.l., s.d. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/saiba-mais-sobre-o-mercotel>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

- MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?”. Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n6/1335-1342/pt/>>. Acesso em: 19 mai. 2019.
- MINAYO, M. C. S et al. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.
- MORO, M. R. Psicoterapia transcultural da migração. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 186–192, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n2/0103-6564-pusp-26-02-00186.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2019.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I.B. Educação e saúde na prática do Agente Comunitário. In: MARTINS, C. M. (Org.). **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 13-34.
- MOURA, S. (Org.) **Memorial do Imigrante**: a imigração no Estado de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2008. 144p.
- NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Direitos humanos. Assembleia Geral da ONU adota oficialmente Pacto Global para a Migração. **Nações Unidas Brasil** [Online]. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/assembleia-geral-da-onu-adota-oficialmente-pacto-global-para-a-migracao/>>. Acesso em: 16 mai. 2019.
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1639–1646, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018.
- OLIVEIRA, A. T. Características da imigração regular no Brasil: um olhar através dos registros administrativos. In: CAVALCANTI, I. et al. (Org.) **A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro**. Relatório Anual 2017. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais. Brasília, DF: OBMigra, 2017. Disponível em: <<http://obmigra.mte.gov.br/index.php/relatorio-anual>>. Acesso em: 19 mai. 2019.
- OLIVEIRA, H. M. DE; GONÇALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761–763, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2018.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). **Glossário sobre migração**. Genebra: OIM, 2009. 90 p. (Direito internacional sobre migração, n. 22). Disponível em: <<https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml22.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **El desafío educativo de las reformas sectoriales: câmbios en la capacitación y la capacitación em salud**. Buenos Aires: OPAS, 1997. Disponível em:
<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=584-el-desafio-educativo-las-reformas-sectoriales-cambios-capacitacion-evaluacion-4&category_slug=formacao-e-capacitacao-rh-165&Itemid=965>. Acesso em: 14 mai. 2019.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PADILLA, B.; MIGUEL, J. Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action. In: FERNANDES, A; MIGUEL, J. (Eds.). **Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society**. p. 15-22. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009. Disponível em:
<<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/HealthMigrationEU2.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

PINTO, M. R.; SANTIAGO, E. S.; SANTOS, A. S. História da educação em saúde e enfermagem. In: SANTOS, A. S.; PASCHOAL, V. D. **Educação em saúde e enfermagem**. São Paulo: Manole, 2017.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Dados demográficos dos distritos pertencentes às subprefeituras**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2019. Disponível em:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758>. Acesso em: 16 abr. 2019.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Direitos humanos e cidadania. **Decreto nº 57.533, de 15 de dezembro de 2016**. Regulamenta a Lei nº 16.478, de 8 de julho de 2016, que institui a Política Municipal para a População Imigrante. São Paulo, 2016a. Disponível em:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/participacao_social/ATAS/Decreto%2057533-2016%20-%20Regulamentacao%20PMPI.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2018.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Plano municipal de saúde de São Paulo 2014-2017**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2014a. Disponível em:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Plano_Municipal_de_Saude_Anexo.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Plano municipal de saúde de São Paulo 2018-2021**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2018a. Disponível em:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/plano_municipal_de_saude_2018_2021.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Programa de reestruturação e requalificação das redes assistenciais na cidade de São Paulo – Avança Saúde SP**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2018b. Disponível em:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/AvancaSaudeSP_Analiseambientalesocial_AAS.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Programação anual de Saúde 2017**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2017b. Disponível em:

<<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Programacao%20Anual%20de%20Saude%202017.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Qualificação da atenção à população migrante por agentes públicos**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2014b. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Relatorio%20Final%20Capacitacao%20Saude%202014.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. Coordenação de Políticas para Migrantes. **Relatório da Coordenação de Políticas para Migrantes na Gestão 2013-2016**. São Paulo: SMDHC, 2016a. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/MIGRANTES/RELATORIOS/Relatorio%20CPMig_portugues.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2019.

RAMOS, C. A. Direitos humanos são eixo central da nova Lei de Migração. **Consultor Jurídico**, 26 mai. 2017. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-mai-26/andre-ramos-direitos-humanos-sao-eixo-central-lei-migracao>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

RAMOS, C. A. et al. Regulamento da nova Lei de Migração é contra *legem* e *praeter legem*. **Consultor Jurídico**, 23 nov. 2017. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-nov-23/opinio-regulamento-lei-migracao-praetem-legem>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14>. Acesso em: 7 mai. 2019.

ROMÃO, J. E. Educação. In: STRECK, D.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Org.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 150-152.

SAMPAIO, C; BARALDI, C. Políticas migratórias em nível local: análise sobre a institucionalização da política municipal para a população imigrante de São Paulo. **Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)**, Santiago, rev. 16, 2019. Disponível em:

<<https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/44491-politicas-migratorias-nivel-local-analise-institucionalizacao-politica-municipal>>. Acesso em: 25 out. 2019.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente Comunitário de Saúde: percepções na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2009. Disponível em:

<<file:///C:/Users/isabe/Desktop/16377-56805-3-PB.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

SANZ, R. Moradia: necessidade urgente dos imigrantes e refugiados em São Paulo. **Correio da cidadania** [Online], 7 out. 2015. Disponível em:

<<http://www.correiodacidade.com.br/social/11141-07-10-2015-moradia-necessidade-urgente-dos-imigrantes-e-refugiados-em-sao-paulo>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

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: IRI-USP, 2017. Disponível em:

<<http://143.107.26.205/documentos/eBook%20Cosmopolis.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SCOTNEY, N. **Educação para a saúde**: manual para o pessoal da saúde na zona rural. São Paulo: Paulinas, 1981.

SEYFERTH, G. Colonização, imigração e a questão racial no Brasil. **Revista USP**, São Paulo, n. 53, p. 117-149, mar./mai. 2002. Disponível em:

<<https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/25-encontro-anual-da-anpocs/st-4/st10-3/4610-gseyferth-colonizacao/file>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVA, A. M. B.; WY SOCK, A. D. Educação em saúde e grupos educativos: abordagens importantes. In: SANTOS, A. S.; PASCHOAL, V. D. **Educação em saúde e enfermagem**. São Paulo: Manole, 2017.

SILVA, E. S. A “não democracia” dos excluídos: alguns pontos da política imigratória brasileira. **Logos 27: mídia e democracia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 141-148, 2º semestre 2007. Disponível em:

<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/logos/article/view/12474/9671>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVA, S. A. Bolivianos em São Paulo: dinâmica cultural e processos identitários. In: BAENINGER, R. (Org.). **Imigração boliviana no Brasil**. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012. p. 19-34. Disponível em:

<https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2019.

SOPA, M. J. P. **Representações e práticas da maternidade**. 2009. 364 p. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) – Universidade Aberta, 2009. Disponível em:

<<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1343/1/Representa%C3%A7%C3%B5es%20e%20Pr%C3%A1ticas%20da%20Maternidade%20em%20Contexto%20Multicu.pdf>>.

Acesso em: 18 mai. 2019.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem** [Online], Florianópolis, v. 24, n. 2, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>. Acesso em: 6 mai. 2019.

SOUZA, E. M. As práticas educativas em saúde: o Serviço Nacional de Educação Sanitária em estudo (1940-1970). **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História**. São Paulo: ANPUH, 2011. 13 p. Disponível em:

<http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308176164_ARQUIVO_TextoAnpuh2011.pdf>.

Acesso em: 02 mar. 2018.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Edição Online. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Disponível em:

<<https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>>. Acesso em 18 jan. 2018.

SPINK, M. J. P. et al. **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. A pesquisa como prática discursiva. In: SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p. 63-92.

STEFFENS, I.; MARTINS, J. “Falta um Jorge”: A saúde na política municipal para migrantes de São Paulo (SP). **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 98, p. 275–299, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n98/1807-0175-ln-98-00275.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UN, J. A. Educação popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoPopular.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 328–341, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a06.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR). **Global Trends**. Forced Displacement in 2017. Genebra: UNHCR, 2018. 76 p. Disponível em: <<https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5b27be547/unhcr-global-trends-2017.html>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **International Migration Report 2017**: Highlights. New York: United Nations, 2017. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf>. Acesso em 12 mar. 2018.

VACCOTTI, L. (Cord.) **Migrações regionais na cidade de São Paulo**. Buenos Aires: Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos (IPPDH) do MERCOSUL, 2017. 166 p. Disponível em: <http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/01/Migrantes-regionales-en-San-Pablo_PT-1.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

VENTURA, D. Impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes. **Revista Internacional de Direitos Humanos**. São Paulo, v. 13, n. 23, 2016. Disponível em: <<https://sur.conectas.org/impacto-das-crisis-sanitarias-internacionais-sobre-os-direitos-dos-migrantes/>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

VENTURA, D. Lei de Migração. In: CAVALCANTI, L. et al., (Org.). **Dicionário crítico de Migrações Internacionais**. Brasília: Editora UNB, 2017.

WALDMAN, T. C. **O acesso à educação escolar de imigrantes em São Paulo**: A trajetória de um direito. 2012. 185 p. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:

<http://www.cosmopolis.iri.usp.br/sites/default/files/trabalhos-academicos-pdfs/dissertacao_tatiana_waldman.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Commission on Social Determinants of Health. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.** Executive Summary. Geneva, 2008. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf;jsessionid=85CEE74F80D7201B196689661A5239C0?sequence=1>. Acesso em 22 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). UN-Habitat for a better urban future. **Hidden Cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings.** Geneva, 2010.

Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44439/9789241548038_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 jan. 2018.

ZAMBERLAM, J. **O processo migratório no Brasil e os desafios da mobilidade humana na globalização.** Porto Alegre: Pallotti, 2004. 179 p. Disponível em:

<https://www.academia.edu/4935804/O_Processo_migrat%C3%B3rio_no_Brasil>. Acesso em 15 dez. 2017.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de identificação

Data: Nome do profissional entrevistado:

Idade: Profissão:

Cargo/função:

Ano de formação:

Tempo de atuação na unidade:

Tempo de atuação no atual cargo/função:

Questões norteadoras

- 1 – No contexto do seu trabalho, para você, o que são ações educativas?
- 2 – Que ações de educação em saúde voltadas às gestantes são realizadas nesta unidade?
- 3 – Como são realizadas as atividades (desde o planejamento até a execução)?
- 4 – Como você avalia que as atividades educativas se inserem na rotina da unidade?
- 5 – Quem participa dessas atividades?
- 6 – Há participação de mulheres brasileiras e/ou imigrantes nas atividades?
- 7 – Qual é a frequência das participantes?
- 8 – Onde as atividades acontecem?
- 9 – Você considera o local das atividades adequado?
- 10 – Há disponibilidade de materiais educativos adequados? São utilizados com que frequência? São suficientes?
- 11 – Quais os temas abordados?
- 12 – Quais as facilidades para o desenvolvimento dessa prática?
- 13 – Quais as dificuldades?
- 14 – Como você avalia essas práticas desenvolvidas por você e pela equipe? Que contribuições à população você enxerga?
- 15 – Você percebe alguma diferença entre os participantes de origem brasileira e imigrantes? Se sim, qual?
- 16 – Já se deparou com alguma situação em que teve facilidade ou dificuldade em lidar com as diferenças culturais entre as participantes?
- 17 – Há algo que deveria ser melhorado, ou, melhor elaborado nas práticas educativas da unidade em que você atua?
- 18 – Você se sente preparado/a para trabalhar com mulheres imigrantes?
- 19 – Você recebeu alguma orientação/capacitação para o trabalho com mulheres imigrantes?
- 20 – Há alguma situação envolvendo o atendimento/orientação de mulheres imigrantes que você gostaria de compartilhar?
- 21 – Gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: AÇÕES EDUCATIVAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE MULHERES IMIGRANTES.

Pesquisadora: Isabella Fontes Monteiro - Obstetrix e aluna do Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – USP Leste.

Local em que será desenvolvida a pesquisa: UBS Sé.

Informo que sou aluna do mestrado do Curso de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – USP Leste, e desenvolvo a pesquisa que tem por título “AÇÕES EDUCATIVAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE MULHERES IMIGRANTES”. Esclareço que não sou funcionária da Unidade de Saúde, nem da Prefeitura da cidade de São Paulo.

Este projeto tem como objetivo identificar as ações educativas no pré-natal desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica e averiguar como se dá a abordagem com a população imigrante.

Para que estas informações possam ser obtidas, (o)a Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa, respondendo a uma entrevista que será realizada por mim.

Garanto que sua identidade será mantida em sigilo e os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa, seja para propósito de publicação científica ou educativa.

Informo que nesta pesquisa os riscos são mínimos, exceto o possível desconforto em responder à entrevista; Os resultados encontrados poderão contribuir para o aprimoramento do atendimento pré-natal das mulheres imigrantes.

Sua participação neste trabalho é muito importante, porém, voluntária. Sendo assim, o(a) Sr.(a) tem o direito de não querer participar, ou desistir da participação à qualquer momento, sem que isso cause qualquer prejuízo no trabalho.

Eu, _____,

concordo em participar dessa pesquisa cuja pesquisadora me esclareceu que será realizada uma entrevista com o objetivo de identificar as ações educativas no pré-natal desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica e averiguar como se dá a abordagem com a população imigrante. Entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial, bem como meus registros estarão disponíveis para revisão do pesquisador. Esclareceu-

me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará meu trabalho na Unidade Básica de Saúde.

Eu certifico que li ou foi-me lido o Termo de Consentimento e entendi seu conteúdo. A mim, será dada uma cópia deste documento e a outra cópia será arquivada pela pesquisadora. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

São Paulo _____ de _____ 2017.

Assinatura da participante

Eu certifico que expliquei ao(a) Sr.(a) acima, a natureza, propósito, riscos e benefícios desta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

São Paulo, _____ de _____ 2017.

Assinatura da Pesquisadora Responsável: Isabella Fontes Monteiro
Identidade COREN/SP: 212

***Se você tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa e seus direitos enquanto participante, entre em contato com a pesquisadora responsável:**

Isabella Fontes Monteiro

Av. Arlindo Béttio, 1000, Prédio II, Secretaria de Pós-Graduação

Telefone: (11) 95989-7870 E-mail: isabella.monteiro@usp.br

***Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia ética sobre este estudo, entrar em contato com:**

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH/USP

Av. Arlindo Béttio, 1000, Prédio II, Sala T14, Vila Guaraciaba, São Paulo/SP

Telefone: (11) 3091-1046 ou e-mail: cep-each@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – CEP/SMS

Rua General Jardim, 36 – 1º andar

Fone: (11) 3397-2464/ Fax: (11) 3397-2465 ou e-mail: smscep@gmail.com

ANEXO A – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

USP - ESCOLA DE ARTES,
CIÊNCIAS E HUMANIDADES
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES EDUCATIVAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE MULHERES IMIGRANTES

Pesquisador: Isabella Fontes Monteiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80635817.0.0000.5390

Instituição Proponente: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.429.293

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa qualitativa, que analisará os dados coletados com oito profissionais da saúde que prestam atendimento pré-natal a imigrantes em um serviço público situado na região central da cidade de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto visa analisar as ações educativas que são direcionadas a estas gestantes imigrantes, por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação com diários de campo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos e benefícios que justificam a realização da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a comentar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o TCLE segundo as normas da CEP e apresenta a autorização do serviço onde os dados serão coletados.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a acrescentar.

Endereço: Av. Arlindo Bétio, nº 1000

Bairro: Ermelino Matarazzo

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3091-1046

CEP: 03.828-000

E-mail: cep-each@usp.br

USP - ESCOLA DE ARTES,
CIÊNCIAS E HUMANIDADES
DA UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.429.293

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_1033220.pdf	27/11/2017 10:38:48		Aceito
Outros	Carta_protocolo_pdf.pdf	27/11/2017 10:37:44	Isabella Fontes Monteiro	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	24/11/2017 17:38:48	Isabella Fontes Monteiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_pdf.pdf	24/11/2017 17:37:24	Isabella Fontes Monteiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pdf.pdf	24/11/2017 17:35:46	Isabella Fontes Monteiro	Aceito
Orçamento	Orcamento_pdf.pdf	24/11/2017 17:35:19	Isabella Fontes Monteiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_autorizacao_pdf.pdf	24/11/2017 17:33:56	Isabella Fontes Monteiro	Aceito
Cronograma	Cronograma_pdf.pdf	24/11/2017 17:31:09	Isabella Fontes Monteiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_pdf.pdf	24/11/2017 17:25:01	Isabella Fontes Monteiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 11 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Rosa Yuka Sato Chubaci
(Coordenador)

Endereço: Av. Arlindo Béttio, nº 1000
Bairro: Ermelino Matarazzo CEP: 03.828-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-1046 E-mail: cep-each@usp.br