



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

KARLY GARCIA DELAMUTA

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE PELOS IMIGRANTES BENGALESES SOB A ÓTICA
DOS TRABALHADORES DE SAÚDE**

KARLY GARCIA DELAMUTA

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE PELOS IMIGRANTES BENGALESES SOB A ÓTICA
DOS TRABALHADORES DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda de Freitas Mendonça.

Londrina
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Delamuta, Karly Garcia.

Acesso aos Serviços de Atenção Primária à Saúde pelos Imigrantes Bengaleses sob a ótica dos Trabalhadores de Saúde / Karly Garcia Delamuta. - Londrina, 2018.
75 f.

Orientador: Fernanda de Freitas Mendonça.
dissertação) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Saúde e Migrações - . 2. Acesso à saúde - . 3. Trabalhador de saúde - . I. Mendonça, Fernanda de Freitas. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

KARLY GARCIA DELAMUTA

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
PELOS IMIGRANTES BENGALESES SOB A ÓTICA DOS
TRABALHADORES DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda de Freitas
Mendonça
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Líria Maria Bettiol Lanza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 30 de março de 2018.

DELAMUTA, Karly Garcia. **Acesso aos serviços de atenção primária à saúde pelos imigrantes bengaleses sob a ótica dos trabalhadores de saúde.** 2018. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Em meio ao cenário de intenso movimento migratório mundial, foi observada no município de Rolândia no Paraná, presença constante de imigrantes de Bangladesh nos serviços de saúde. Bangladesh é um país ao sul da Ásia, populoso, com baixo índice de desenvolvimento humano e que 90% de sua população é formada por muçulmanos. Em 2017, o Brasil se manteve como maior produtor e exportador mundial de frango halal, ou seja, produzido conforme os princípios do Islã. Neste contexto, o estado do Paraná destaca-se como o maior produtor de carne de frango do Brasil. Assim, Rolândia conta com dois grandes frigoríficos de frango, portanto, uma região atraente para este imigrante ao configurar potencial campo de trabalho. Com uma população estimada de 700 pessoas, os imigrantes bengaleses em Rolândia demandam direitos sociais. Assim, o objetivo deste trabalho é compreender como acontece o acesso desta população à atenção primária à saúde em Rolândia. Esta pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo e foi realizada com trabalhadores da unidade básica de saúde localizada na região com maior concentração de bengaleses. Para a coleta de dados, a princípio, foi realizada observação participante da rotina de trabalho desta unidade durante 1 mês, entre março e abril de 2017. Em seguida, entre abril e julho de 2017, foram entrevistados 13 trabalhadores que estão vinculados a este serviço há mais de dois anos. Os entrevistados revelaram que a diferença cultural interfere nos encontros que envolvem trabalhador de saúde e imigrantes bengaleses e evidenciaram, dentre as barreiras culturais, o idioma como principal fator dificultador desta relação. Esta condição desperta nos trabalhadores sentimentos e posturas diversos, alguns se sentem preparados e outros despreparados para o atendimento desta população. Desta forma, situações de discriminação se evidenciaram, ainda que alguns trabalhadores não tenham essa clareza e afirmaram que os imigrantes são bem atendidos. De modo geral, os participantes relatam que no início da migração era mais difícil a troca de informações, mas que vivenciaram, com o passar do tempo, melhora na relação dos bengaleses com a atenção primária à saúde, principalmente porque os imigrantes passaram a compreender melhor o funcionamento do serviço. Assim, pode-se concluir que esta relação entre trabalhador e imigrante, bem como a forma de organização do serviço de saúde interferem diretamente no caminho percorrido pelo imigrante dentro da atenção primária. Espera-se que este trabalho possa auxiliar na compreensão da complexidade dos diversos aspectos que envolvem a relação entre os imigrantes bengaleses e os trabalhadores da atenção primária, bem como ampliar o acesso desta população.

Palavras-chaves: Saúde e Migrações. Acesso à saúde. Trabalhador de saúde.

DELAMUTA, Karly Garcia. **Access to primary health care services by Bangladeshi immigrants from the perspective of health care workers.** 2018. 75 p. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

In view of an intense outlook of global migratory turnover, it was observed that in the city of Rolândia in the State of Paraná, recurring presence of Bangladesh immigrants in health services. Bangladesh is a country located in the South of Asia, populous, with low human development index and 90% of its inhabitants are Muslims. In 2017, Brazil remained as the biggest worldwide producer and exporter of Halal Chicken (that is produced according to Islamic principles). In this context, the Paraná State stands up like the biggest producer of chicken in Brazil. Rolândia has two big poultry processing, therefore it's an attractive region for those immigrants due to potential labor camp. An estimated population of 700 Bengali in Rolândia demand social rights. Therefore, the aim of this study is to understand how it configures the access to primary health care in Rolândia. This research uses a qualitative approach of exploratory and descriptive character and it was accomplished with Basic Health Unit workers where most of Bengali live. To collect the data, at first, the daily work routine was observed in a participant way. Followed that, all employees that still work there for 2 years were interviewed. It was revealed that the cultural difference interferes in the connection between Bengali immigrants and health workers and showed the language as the main problem in this relationship, among all the cultural barriers. This condition causes several of senses and attitudes, some of the workers feel they are prepared and others unprepared to service this population. Sometimes, there is a contradiction between the worker's own approach to the immigrant when it reflects this relationship. Therefore, some discrimination was shown even though some employees didn't see so clear and claimed that the immigrants are well attended. Generally, workers said that in the beginning of the migrations it was harder to change of information, however, with passing times, they note an improvement in relationships of Bengali with primary health care, especially because immigrants improve their understanding of how the service works. In this way, it can be concluded that the relationship between worker and immigrant and the way the health service's structure interferes directly in the journey they go through in primary attention. It is expected from this study to help the understanding of the complexity of various aspects that embraces the relationship among Bengali immigrants and primary health care.

Keywords: Health and Migration. Health Access. Health care worker

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABPA	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROTEÍNA ANIMAL
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
CONARE	COMITÊ NACIONAL PARA REFUGIADOS
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
ESF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
IDH	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
NASF	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
NIPORT	NATIONAL INSTITUTE OF POPULATION RESEARCH AND TRAINING
OIM	ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PNEPS	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
RAS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UEL	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	8
2	INTRODUÇÃO	10
2.1	Apresentando Bangladesh	10
2.2	Migração e o contexto de Rolândia	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1	Cenário das Migrações	15
3.2	Acesso à Saúde	17
3.2.1	A Saúde pública no Brasil	17
3.2.2	Definindo Acesso	19
3.3	O Processo de Trabalho em Saúde	21
4	OBJETIVOS	26
4.1	Objetivo Geral	26
4.2	Objetivos Específicos	26
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	27
5.1	Abordagem Qualitativa	27
5.2	Local e Sujeitos do Estudo	27
5.3	Coleta de Dados	28
5.4	Transcrição do Material	30
5.5	Análise dos Dados	31
5.6	Categorias de Análise	32
5.7	Aspectos Éticos	32
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
6.1	Sujeitos da Pesquisa	33
6.2	Categorias DE Análise	33
6.2.1	Percebendo a relação entre trabalhadores e imigrantes bengaleses	34
6.2.2	Evidenciando a organização do serviço	40

6.2.3	Conhecendo como acontece o acesso dos imigrantes	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
8	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICES	64
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO COTIDIANO DO TRABALHO NA UBS.....	65
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA UBS	66
	APÊNDICE C – QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA.....	68
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA DO COTIDIANO DA UBS	69
	ANEXOS	70
	ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	71
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	72

1 APRESENTAÇÃO

O trabalho a seguir é voltado a compreender como acontece o acesso aos serviços de atenção primária à saúde, por imigrantes provenientes de Bangladesh, no município de Rolândia-PR. Trata das peculiaridades e das dificuldades percebidas pelos trabalhadores do serviço, considerando suas diferenças culturais e a importante barreira do idioma.

Esta pesquisa nasce com a instigação pessoal de estar há mais ou menos dois meses trabalhando como enfermeira junto à estratégia saúde da família (ESF) em uma unidade básica de saúde (UBS) de Rolândia. Nesta fase inicial de familiarização, tentando compreender as particularidades deste serviço me deparei com a singularidade de trabalhar com um número expressivo de imigrantes, que até então eram reconhecidos pela equipe como “indianos”.

Neste curto período de experiência pude vivenciar a dificuldade de troca de informações entre a equipe e esta comunidade de imigrantes. Desde a graduação encontrei a afinidade com a saúde coletiva, conheci e atuei em UBS com cenários muito distintos, mas uma população de imigrantes que não nos permite uma efetiva comunicação era uma grande desafio.

Na oportunidade de concorrer ao processo de seleção para o curso de Mestrado em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e, com a intenção de melhor compreender esta população, ao buscar subsídios para a construção do projeto de pesquisa descobri que os tão conhecidos “indianos” presentes nos serviços de saúde de Rolândia, na verdade eram bengaleses e nenhum de nós, trabalhadores, tínhamos esta informação até então.

A partir da ótica dos trabalhadores desta UBS, o presente trabalho foi estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo, **referencial teórico** apresenta uma contextualização do fenômeno das migrações, conceitos e dados envolvidos. Para dissertar sobre acesso à saúde optou-se por aprofundar a discussão com base no conceito trabalhado por Giovanella e Fleury. Ainda neste capítulo, disserta-se sobre os marcos históricos e as implicações do processo de trabalho em saúde.

No segundo capítulo apresentam-se os **objetivos** da pesquisa. O terceiro trata da **trajetória metodológica**. Neste capítulo elucida-se a utilização da abordagem qualitativa para esta pesquisa, apresenta os sujeitos da pesquisa, o período e o local de coleta de dados, bem com o método utilizado para a análise dos dados. Finalizando esta etapa, apresenta-se os aspectos éticos seguidos rigorosamente para a realização desta pesquisa.

O quarto capítulo traz a **construção dos resultados e discussão**. Inclui a apresentação dos participantes, seguida da forma como foi moldada a discussão do referencial teórico com as categorias de análise que são as três: Percebendo a relação entre trabalhadores e imigrantes bengaleses, Evidenciando a organização do serviço e Conhecendo como acontece o acesso dos imigrantes. Traz, ainda, a apresentação dos resultados e sua discussão com a literatura pertinente.

Concluindo a apresentação, o quinto e último capítulo, **considerações finais**, consiste na retomada dos objetivos da pesquisa frente aos resultados encontrados e, traz uma sistematização da análise dos resultados, além das contribuições do estudo para o município, para os imigrantes e para a comunidade científica.

2 INTRODUÇÃO

As migrações, historicamente e na atualidade, conformam alterações expressivas em comunidades inteiras, migrar é parte intrínseca da vida humana. O movimento de pessoas deixando seu país de origem em busca de melhores condições de vida é frequente em diversas regiões do mundo. Entre as motivações para as migrações internacionais estão, principalmente: fatores econômicos, questões governamentais, desequilíbrios demográficos, conflitos sociais e políticos e fatores ambientais (OIM, 2013).

Em todo o mundo, o número de migrantes internacionais é de aproximadamente 244 milhões de pessoas, ou seja, 3,5% da população mundial (WENDEN, 2016). Os grandes polos de destino migratório são primeiramente a União Européia, seguida dos Estados Unidos, Países do Golfo e Rússia. Embora os países do hemisfério norte estejam em destaque nas discussões relativas à migração, o contingente de pessoas em destino ao sul (Fluxos Norte-Sul e Sul-Sul) está equiparado ao deslocamento para o Norte. São aproximadamente 120 milhões de pessoas para cada sentido (WENDEN, 2016).

Este intenso movimento migratório desenha uma realidade extremamente complexa que envolve a participação dos mais diversos setores sociais (ONU, 2013). O Brasil, apesar de não destacar como país de grande pressão imigratória, no CENSO de 2010, encontrou-se uma média de 268 mil imigrantes internacionais residentes há mais de cinco anos em seu território (BRASIL, 2010). O país conta, ainda, com a presença de diversos imigrantes irregulares, que vivem em condições sociais dramáticas e que permanecem invisíveis às políticas públicas (BRASIL, 2008).

2.1 Apresentando Bangladesh

Bangladesh é um país localizado ao sul do continente asiático. Do século XVIII até 1971, Bangladesh fazia parte do território Indiano, tornando-se um país independente apenas em 1971, após a Guerra da Libertação. Atualmente, maior parte do país faz fronteira territorial com a Índia, sendo composto por sete divisões

administrativas e 64 distritos. Sua capital é Daca e o idioma oficial é bengali ou bengalês (NIPORT, 2016).

Trata-se de um país de clima tropical e frequentemente acometido por regiões de alagamento e outros desastres naturais. O aspecto geográfico mais marcante do seu território é a extensa rede de rios que perpassam por todo o país e configuram importante característica para conformação do quadro socioeconômico nacional. No que se refere aos aspectos econômicos, a indústria representa o principal setor da base econômica, seguido, respectivamente, pelos setores da agricultura e pesca (NIPORT, 2016).

Bangladesh é um dos países de maior densidade demográfica do mundo, com população total de aproximadamente 158 milhões de habitantes. A expectativa de vida da população é de 71 anos, sendo 72 anos para as mulheres e 69 para os homens. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em Bangladesh, no ano de 2014, era de 0,570 ocupando a posição nº 142 do total de 188 países classificados. No que tange o aspecto religioso, 90% da população total é composta por muçulmanos, 9% hindus e apenas 1% dos bengaleses seguem outras religiões (NIPORT, 2016).

Os principais fatores que dispararam o processo migratório dos bengaleses estão relacionados com a situação político-econômica do país. Com mais de 30% de sua população vivendo abaixo da linha da pobreza, além dos violentos conflitos que caracterizam seu cenário político, os bengaleses encontraram no Brasil a oportunidade de viver com mais segurança e com a possibilidade de se inserir no mercado de trabalho. Este dado implica o fato de o perfil de imigrantes ser principalmente, do sexo masculino e faixa etária entre 20 e 34 anos (JORNAL DA GAZETA, 2014).

Os imigrantes bengaleses em Rolândia caracterizam-se por estarem no município a trabalho, vivem com outros imigrantes bengaleses, maioria homens e por enviam dinheiro aos familiares remanescentes em Bangladesh. Contudo, os imigrantes mais estabelecidos vivem outra fase da imigração, pois trazem esposas, filhos e outros familiares. Este comportamento também é observado em outros grupos de imigrantes em diferentes destinos, conforme apontado por Wenden (2016) sobre as novas migrações.

A presença da população bengalesa nos serviços de saúde do município, sobretudo, na atenção primária acontece de forma regular e consistente. Assim, os bengaleses estão inseridos no contexto da atenção primária à saúde e demandando diversas ações do serviço. Bem como, representam um desafio por virem com a bagagem de uma cultura distinta, a começar pelo idioma, o bengali, ser completamente estranho e importante fator dificultador desta relação. Consequente, esta população deve ser reconhecida e, dentro das suas características, estar inserida nos processos de planejamento e ações em saúde.

2.2 Migração e o contexto de Rolândia

Rolândia é um município localizado na região norte do estado do Paraná, com população de aproximadamente 58 mil habitantes (BRASIL, 2010). Fundou seus alicerces na década de 30 a partir da chegada de migrantes brasileiros e estrangeiros atraídos por sua terra fértil, a terra roxa. Neste período, companhias colonizadoras inglesas ofereciam terras brasileiras viabilizando o estabelecimento de imigrantes europeus, principalmente alemães. Havia uma proposta de colonização alemã, nesta região, que em consequência da segunda guerra mundial foi potencializada pela fuga em massa desta população (ROLÂNDIA, 2018). Assim, Rolândia ainda mantém viva a memória de suas raízes com histórias familiares, festividades, culinária típica, arquitetura e outras características germânicas.

Há aproximadamente cinco anos, um novo fenômeno foi observado nos serviços de saúde de Rolândia, a presença de imigrantes bengaleses. Estima-se que se trata de uma população aproximada de 700 bengaleses. Este número não é preciso, já que não existem registros destes imigrantes e reconhece-se a possibilidade de entrada irregular no país. Portanto, chegou-se a este contingente populacional com base na quantidade total de prontuários de bengaleses encontrados nas nove UBS do município, informados pela coordenação de cada serviço.

Este número pode estar superestimado ou não, primeiro, pelo fato de terem sido contados prontuários nas UBS do município, os quais podem conter duplicidade ou mesmo mudança de imigrantes para outras cidades, segundo, muitos imigrantes

não realizam o cadastro na UBS. Para abertura de prontuários são necessários alguns documentos que, muitas vezes, estes imigrantes não possuem. Ou seja, trata-se de um número encontrado em serviços de saúde, mas esta população não é conhecida em sua totalidade.

A partir de uma parceria com o grupo de projeto de extensão chamado “Migrar com Direitos” da UEL e a UBS deste estudo, aconteceu em dezembro de 2017 uma oficina com imigrantes bengaleses sobre concepções de saúde, SUS, direitos dos imigrantes, entre outras abordagens. Neste momento, um imigrante mencionou que nesta época estão em média 100 imigrantes em Rolândia. Também nos trouxe a informação de que muitos imigrantes chegam em Rolândia por ter esta comunidade de bengaleses e, não encontrando espaço no mercado de trabalho acabam se mudando para outros municípios da região ou procurando se estabelecerem em São Paulo.

Foram consultados outros setores para informações sobre a população de bengaleses, mas dados precisos também não foram encontrados. Em abril de 2017 a Cáritas de Londrina informou, através de contato telefônico, não ter informações sobre o número de bengaleses na região, mas que se somam aos haitianos como principais imigrantes a buscarem auxílio desta organização, informação também presente na apresentação do site da Cáritas de Londrina (Cáritas, 2018). Informaram também que os bengaleses não são um grupo que mantém contato com a Cáritas após acessarem documentação brasileira. Em Rolândia, um grupo ligado à Cáritas de Londrina realiza oficinas de português para estrangeiros, mas não tem adesão de bengaleses em suas reuniões.

Em outubro de 2017 um frigorífico informou que conta com 67 imigrantes bengaleses em seu quadro de funcionários e também disponibiliza transporte para trabalhadores que atuam em frigorífico de Jaguapitã, cidade vizinha, apesar de informar que ‘enchem um ônibus’ com imigrantes bengaleses, não sabem informar quantas pessoas são. Não foram obtidas informações sobre imigrantes trabalhando em outro frigorífico do município.

De acordo com a Cáritas do Brasil e a partir dos relatos e documentos dos imigrantes, estima-se que este movimento migratório teve início há aproximadamente cinco anos, motivado, principalmente, pela força da indústria frigorífica instalada em

Rolândia com protagonismo de duas empresas de grande porte. Para este setor industrial, caracterizado pela expressiva margem de exportação, a presença do imigrante é indispensável. A garantia de produto com valor de mercado internacional, principalmente para os países asiáticos, exige que o abate do animal seja realizado por muçulmanos, o abate halal.

De acordo com a Associação Brasileira de Proteína Animal (ABPA), a palavra halal significa legal, no sentido de autorizado, sem sofrimento. Para que um abate seja considerado halal, além da técnica, deve ser realizado por um muçulmano que já chegou à puberdade e seguindo os preceitos religiosos do Islã. A técnica do abate halal consiste no cumprimento de algumas etapas: o muçulmano que está seguindo com o abate deve pronunciar o nome de Alá durante o ato, com a face do animal voltada para Meca. O animal não deve estar com sede no momento do abate. A faca deve estar bem afiada, mas não deve ser afiada na frente do animal. O corte deve ser no pescoço e atingir jugular, traqueia e esôfago. A morte deve ser rápida a fim de reduzir o sofrimento do animal, e seu sangue deve ser retirado totalmente da carcaça. (ABPA, 2017)

Mesmo após o escândalo nacional conhecido como “Carne Fraca”, em que os frigoríficos foram acusados de adulterar a carne que vendia ao mercados interno e externo, o que levou à interdição de frigoríficos e fechamento de importantes mercados para a carne brasileira, o Brasil fechou o ano de 2017 como maior produtor e exportador de frango halal do mundo, sendo o Paraná responsável por aproximadamente 35% de toda a produção do país (ABPA, 2017). Este fato consolida Rolândia como um município com espaço no mercado de trabalho para os imigrantes muçulmanos de Bangladesh.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cenário das Migrações

Dentre as principais formas de autorização de entrada formal no Brasil, em caráter de permanência, estão as autorizações de refúgio e trabalho. De acordo com o Comitê Nacional para refugiados (CONARE), o perfil da solicitação formal de refúgio para os imigrantes, junto ao Ministério da Justiça brasileiro, apresentou um salto de 966 solicitações em 2010 para aproximadamente 28 mil em 2015. Os países que apresentam maior número deste tipo de solicitação estão, nesta ordem: Haiti, Senegal, Síria e Bangladesh (BRASIL, 2016).

Quanto ao aspecto da solicitação de permanência no Brasil para trabalho, o Observatório para as Migrações Internacionais apresentou relatório com dados referentes ao terceiro trimestre de 2015, apontando os bengaleses como grupo populacional com maior número de autorizações concedidas para esta modalidade de entrada no país (BRASIL, 2015).

Diante do contexto nacional da imigração para o Brasil, 2017 foi um ano de várias mudanças no que se refere à legislação. Em maio de 2017 foi instituída a lei nº 13.445, a Lei de Migração. Com enfoque nos direitos da pessoa migrante, esta lei vem substituir o marco legal vigente, o Estatuto do Estrangeiro, que vinha desde o período da ditadura militar e tratava a migração internacional como um problema de segurança nacional (OLIVEIRA, 2017).

Conforme apontado por pesquisadores de referências na questão da migração (VENTURA, 2017 e OLIVEIRA, 2017), a nova lei, de modo geral, constitui avanços ao reconhecer direitos de imigrantes, regularizar a concessão de vistos e promover uma entrada mais digna no país.

Na contramão do avanço proporcionado pela Lei de Migração, sua aprovação veio com vários vetos que prejudicam seu contexto e para entrar em vigor foi publicado decreto nº 9.199 em novembro de 2017. De acordo com Ventura (2017), que fez parte da comissão de anteprojeto da lei de migração, este decreto desvirtua o contexto de

direitos previsto na lei e traz novos pontos que não foram considerados, assim, configurando importante retrocesso quanto ao direito humano da migração.

Ainda de acordo com Ventura (2017), dos principais pontos negativos desta regulamentação vem do uso da expressão “migrante clandestino”. Expressão há muito em desuso, que se refere ao migrante de forma pejorativa enquanto deveria regulamentar a lei de garantia de seus direitos. Da perda de direitos, o texto do decreto traz ao imigrante a exigência de apresentar contrato de trabalho para poder ter acesso ao visto para procurar trabalho. Outro aspecto é o de não ceder visto nem autorização de residência por ‘ato contrário aos princípios da constituição’, mas não diz quais seriam os atos contrários a estes princípios, deixando a interpretação muito ampla, possibilitando a negativa a vistos sem explicação clara. Outra contradição é que a lei da migração diz que não pode haver prisão por razões migratórias, enquanto o decreto aponta o contrário, a prisão do deportado.

Existem perspectivas de mudanças em relação a estas dualidades. Os próprios integrantes da comissão de anteprojeto consultados para a construção da lei emitiram documentos apontando as contradições encontradas entre a lei da migração e o decreto, destacaram os retrocessos e levantaram condições que consideraram inconstitucionais. Estes documentos foram apresentados pela Defensoria Pública da União (DPU) como recurso aos vetos da lei e às proposições do decreto de regulamentação. Entretanto, trata-se de um processo moroso e que vai de encontro ao interesses dos governantes (DPU, 2017)

O processo migratório é um tema extremamente complexo tendo em vista as questões políticas, sociais e econômicas. Do ponto de vista social faz-se necessário um olhar direcionado às populações imigrantes, visto que, conforme apontado por Barata e Werneck (2005), configura em uma ação com implicações para a saúde das populações, tanto dos migrantes quanto das comunidades para as quais eles se dirigem. No caso das migrações com motivação econômica, em geral, os indivíduos apresentam boas condições de saúde. No entanto, o embate em situações como: aculturação, perda de apoio social e falta de cobertura pela seguridade social encontradas neste novo contexto social, proporcionam deterioração desta condição.

3.2 Acesso à Saúde

3.2.1 A Saúde pública no Brasil

A Constituição Federal brasileira, em seu artigo 196, assegura acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988). Em consonância à diretriz constitucional, o acesso universal à saúde está previsto enquanto princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, qualquer pessoa, independentemente de sua nacionalidade, tem direito à atenção integral a saúde em todo território do país.

Pode-se dizer que, ao longo da história, foram registradas ações de saúde pública antecedentes ao século XX. A partir de lutas sociais, o SUS se mantém até os dias de hoje em constante construção, suas bases legais foram fixadas na Constituição de 1988, desde então a política de saúde no Brasil vem apoiada na concepção de relevância pública das ações e dos serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Precedente ao SUS, em 1978, a Conferência de Alma Ata aconteceu como importante marco histórico internacional para a difusão da atenção primária, o Brasil esteve ausente neste encontro, mas as reflexões das nossas literaturas de maior reconhecimento mencionam a importância deste encontro. O documento da Declaração de Alma Ata afirma a responsabilidade dos governos em relação à saúde de suas populações, postulando a saúde como direito fundamental.

Em 2002, a pesquisadora norte americana Barbara Starfield propôs a abordagem característica da Atenção Primária à Saúde (APS) ao estruturar suas ações com base em seu território e a partir do reconhecimento das necessidades de saúde de sua população. Além disso, o aspecto de reconhecimento dos diferentes grupos populacionais, implica em compreender a representação de suas características culturais e étnicas sobre o processo saúde-doença. Este modelo foi difundido e também reconhecido no Brasil (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a proposta de organização dos serviços de saúde é para que sejam estruturados em Redes de Atenção à Saúde (RAS), às quais seriam ordenadas como

estratégia para atenção integral às necessidades de saúde da população. No SUS, a APS constitui a principal forma de ampliação da oferta de serviços de saúde. Desta forma, a APS atua como principal porta de entrada, ou seja, este serviço deve ser o primeiro contato e estar organizado de forma descentralizada para estar mais próxima da vida das pessoas e garantir a responsabilidade sanitária pelo seu território (BRASIL, 2012).

A APS, portanto, constitui amplo escopo de ações individuais e coletivas, que preveem prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017). A partir de 2000, a Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se como modelo para a organização da APS no âmbito do SUS e caracteriza-se pela proximidade do serviço com as famílias de sua área de abrangência (BRASIL, 2012).

A ESF é constituída por equipes de Saúde da Família (eSF) multiprofissionais integrando a equipe mínima, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Diante da complexidade das ações de cuidado que envolvem a ESF, em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, as equipes do NASF atuam junto das eSF a fim de auxiliar na ampliação das ofertas de cuidado em saúde (BRASIL, 2012).

No contexto da APS, a inserção da ESF no território impacta em melhoria do acesso à saúde. Assim, o território compreende delimitada região geográfica vinculada à atuação das eSF, o que compreende sua população adscrita. Entretanto, ao considerar seu território, as equipes devem estar apropriadas das características que o constituem e estas ultrapassam as formações geográficas. O planejamento estratégico das equipes deve incluir conhecimento sobre regiões de vulnerabilidade, lideranças comunitárias, equipamentos sociais e o contexto epidemiológico que abrange seus grupos populacionais (SILVA et al, 2016).

3.2.2 Definindo Acesso

Vários autores apresentam diversos sentidos para a explicação de acesso, bem

como as características que abarcam suas fragilidades. Assim, o presente estudo baseia a concepção de acesso ao que entende-se como dimensão que abrange a chegada do sujeito ao serviço de saúde, no que tange desde liberdade até a facilidade para o seu uso (VIEGAS ET AL, 2015).

A Constituição Federal (BRASIL, 2016) e todos os documentos infraconstitucionais, especialmente a mais recente portaria que revisa a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) mantém os conceitos de universalidade, equidade e integralidade como princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 2017). Tratam-se de princípios de relevância impactante ao se pensar no acesso aos serviços de saúde como um direito.

Universalidade ao garantir acesso a todas as pessoas, independente da nacionalidade. Integralidade ao propor que o SUS deve estar preparado para entender o usuário em seu contexto social e a partir daí agir de acordo com suas necessidades. Mas, o princípio de equidade tem relevância especial no acesso à saúde no Brasil e isso se deve ao SUS prever acesso universal à sua rede. Assim, o profissional de saúde deve ter clareza dos modelos que emprega a fim de planejar e construir políticas e estratégias voltadas para a redução de desigualdades sociais nos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Ao verificar formas diversas para conceituação de acesso, também encontram-se variações para suas dimensões. Sendo assim, para trabalhar o conceito de acesso, utilizaremos o referencial de 'acesso como categoria de análise' proposto por Giovanella e Fleury (1996), que empregam acesso como sinônimo de acessibilidade e o categorizam em quatro dimensões explicativas: econômica, política, técnica e simbólica.

A dimensão **econômica** se refere ao estudo da oferta e procura. Trata do mapeamento da relação entre a produção e o consumo de serviços de saúde. Ao reconhecer os padrões de consumo do indivíduo, verifica-se a capacidade de moldar a forma de organização da produção de saúde, bem como diferenciação dos perfis da população diante o consumo de bens e serviços de saúde.

Em estudo considerando referências e categorias dimensionais de acesso, Assis e Jesus (2012) ilustram que a partir do tocante econômico deve-se levar em conta o investimento público por nível de complexidade do serviço de saúde e a

distribuição da responsabilidade financeira por esfera governamental. Desta forma, identificando barreiras e visando proporcionar equidade, é fundamental que esta avaliação aconteça, de forma democrática, com participação dos sujeitos que produzem e consomem os serviços de saúde.

A dimensão **técnica** refere-se à organização da rede de serviços. Considera o acesso a um serviço preexistente, inserido em uma rede hierarquizada, com estruturas espacial e organizacional estabelecidas. Explica-se pelo acesso garantido pelo Estado a partir da distribuição planejada de recursos para formulação de uma rede de serviços.

No que se constitui a dimensão técnica, o usuário deve estar no centro do processo de atenção à saúde, enquanto a gestão e os trabalhadores são responsabilizados pela estruturação de dispositivos de integralidade. Assis e Jesus (2012), apontam ferramentas como acolhimento, vínculo e autonomia dos sujeitos como dispositivos auxiliares desta mudança.

A dimensão **política** é relativa ao acesso da população não apenas em um sistema de saúde preexistente, mas considera sua participação ativa na construção do serviço e explora a importância da força social para cobrar que o acesso à saúde seja ofertado enquanto direito. Esta dimensão faz-se muito importante por ser capaz de explicar diferenças na utilização dos serviços de saúde, em diferentes populações.

Trata-se, assim, de um processo de politização da sociedade. O acesso ao serviço proporcionando aprendizado e promovendo movimento contrário à imagem de usuário passivo, conforme apontado por Cohn et al (1991). Inclui-se a participação da sociedade, da gestão e dos trabalhadores na construção de um serviço cada vez mais universal.

Por último, a dimensão **simbólica**, que aborda a subjetividade e as representações sociais diante da saúde. Remete à compreensão de que comunidades diferentes trazem diferentes percepções sobre as concepções que envolvem a saúde, sendo assim, esta dimensão requer a compreensão de como a comunidade entende a atenção à saúde.

Para este estudo, a discussão será pautada sob o enfoque das três últimas dimensões; a técnica, a política e a simbólica. Optou-se por esta delimitação por

tratarem-se de dimensões mais próximas ao proposto estudo do acesso dos imigrantes aos serviços de atenção primária à saúde, bem como, por serem dimensões passíveis de serem trabalhadas a partir de reflexões acerca do processo de trabalho.

3.3 Processo de Trabalho em Saúde

A configuração do SUS como conhecemos, assume uma organização complexa na forma de uma rede hierarquizada, em que a atenção primária é colocada como porta de entrada principal. Para podermos discutir acesso e pensarmos na garantia dos princípios e diretrizes do SUS, precisamos dar enfoque ao dinâmico e em constante transformação o processo de trabalho em saúde.

Em termos de força de trabalho, na saúde ou na indústria, também evidencia-se sua finalidade macroeconômica geral. Ainda como em outros setores econômicos, o trabalho em saúde opera marcado por uma direcionalidade técnica, portanto, pressupõe o emprego de instrumentos e técnicas para se atingir resultados esperados e previstos (NOGUEIRA, 1997).

Entretanto, as atividades assistenciais à saúde, junto da educação e outras dependentes da existência de equipamentos sociais, estão inseridas no setor de serviços de consumo, assim, integram o terceiro setor da economia (NOGUEIRA, 1987). Conforme destacado por Meirelles (2006), o trabalho em serviços contempla especificidades em relação às demais atividades econômicas, primeiramente pelo fluxo de trabalho contínuo que acontece por demanda do usuário e é consumido no ato de sua produção, sendo de difícil mensuração. Outras características são referentes à variedade de técnicas incorporadas nesta produção e o uso intensivo de recursos humanos, visto que o trabalhador constitui o fator produtivo da construção de serviços, pela sua característica relacional.

Vale ressaltar que além do uso intensivo de recursos humanos, a saúde compõe-se da coletivização de seus componentes, ou seja, a força de trabalho está firmada na associação de diferentes tipos de profissionais organizados em regime de cooperação técnica, compartilhando conhecimento teórico, tamanha é relevância

desta interação que se apresenta como decisiva até para o resultado desta ação (NOGUEIRA, 1987).

Desta forma, como essência, o trabalho em saúde assume a característica de ser relacional, pois ele só ocorre na interação entre os trabalhadores e destes com o usuário dos serviços de saúde. Trabalhadores de saúde entre si e nas relações com o usuário trazem suas próprias concepções de saúde e cuidado. Desta troca é que se configura o ato de saúde, que se caracteriza pela multiplicidade dos saberes e não só pela visão de uma das partes (BADUY et al, 2017).

O trabalho em saúde vivido no cotidiano da APS é essencialmente uma troca de saberes, ou pelo menos deveria ser. Além de sua bagagem de vida, o trabalhador lança mão de conhecimento técnico para a produção de saúde e espera que estas ferramentas sejam valorizadas. Nesta relação o usuário traz seu próprio saber e suas expectativas, assim, opera no campo da autonomia e gestão do seu próprio cuidado. (FEUERWERKER, 2013).

Contudo, essa concepção de trabalho em saúde não é hegemônica no cotidiano dos serviços de saúde pois ainda prevalecem práticas de saúde influenciadas pelo desenho tecnoassistencial privatista (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). O modelo médico-assistencial privatista privilegia a assistência hospitalar focada no indivíduo e na cura das doenças, não priorizando as ações de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2005a). Destaca-se, então, a impregnação da lógica tecnicada e especializada como modo de organização dos serviços de saúde (CECILIO, 2014)

Neste contexto, a concepção de saúde foca na ausência de doenças e não no acesso das pessoas aos serviços de saúde, educação, alimentação, renda, saneamento básico, transporte e lazer (BRASIL, 2005a). Portanto, ações de saúde que superestimam a prescrição demasiada de medicamentos e a utilização de máquinas e equipamentos como se esses fossem os únicos meios capazes de diagnosticar e tratar uma doença tornam-se cada vez mais frequentes (BRASIL, 2005b).

Quanto às práticas de saúde, estas baseiam-se principalmente no reconhecimento e na eliminação do agente que provoca o adoecimento, a pessoa

passa a representar somente o portador da doença, sendo excluída como sujeito para não interferir na objetividade da ciência (BRASIL, 2005b).

Porém, ao não valorizar a subjetividade do indivíduo, isto é, sua história de vida, condição social, cultura, crenças, valores e saberes, os profissionais não conseguem perceber as reais necessidades de saúde, contribuindo para intervenções pouco efetivas. É, então, fundamental partir de novas concepções, tais como a concepção ampliada de saúde.

A concepção ampliada de saúde se aproxima bem mais da ideia de trabalho em saúde considerada no presente estudo. Considera a saúde enquanto um processo singular, uma vez que está baseada na capacidade de superação que cada sujeito possui para lidar com novas situações e com as adversidades, considerando, é claro, sua inserção em um contexto. Com isso, ter saúde torna-se subjetivo, uma vez que a capacidade de superar situações adversas é distinta entre as pessoas. Portanto, o processo saúde-doença é específico para cada indivíduo; ele assume diferentes significados na vida dos sujeitos. Diante disso, a saúde como experiência subjetiva não pode ser medida unicamente por meio de aparelhos e equipamentos, mas também pela expressão do sujeito que a vivencia (BRASIL, 2005a).

Diante disso, verifica-se que a depender de como o processo de saúde está organizado e estruturado ele pode atender a distintas concepções de trabalho em saúde. Para Merhy (1997), aqueles processos de trabalhos que são demasiadamente dependentes do uso de máquinas (tecnologias duras) e protocolos assistências (leveduras), tendem a não valorizar nem o usuário nem o trabalhador de saúde, ou seja, não se produz encontro, vínculo, não se estabelece uma relação. Agora na medida em que o processo de trabalho passa a valorizar, sobretudo, as relações que se produzem, a construção do vínculo, diálogo e escuta ativa (tecnologias leves) ele acaba tendo um potencial maior de resolutividade das necessidades de saúde da população. As tecnologias leves são essenciais para a produção de cuidados, vínculos, acolhimentos e responsabilizações. Quando o processo de trabalho utiliza predominantemente as tecnologias duras, surgem limitações, tais como: liberdade restrita do trabalhador para ser criativo, se relacionar, criar vínculo com o usuário, experimentar soluções para os problemas e escassa inserção do usuário na produção de sua saúde (BRASIL, 2005b).

Outra limitação referente à super-utilização das tecnologias duras é a fragmentação da assistência, em que o corpo humano é tido como uma máquina, podendo ser dividido em várias partes para sua suposta melhor compreensão. Para Pires (1999), a prática de saúde compartimentalizada favorece a falta de comunicação entre os profissionais e faz com que certos cuidados sejam desnecessários e até contraditórios.

A fragmentação do cuidado, além de não dar conta de solucionar as necessidades de saúde das pessoas, provoca no profissional desinteresse, falta de compromisso e a não responsabilização por suas ações, uma vez que ele não consegue se visualizar nesse processo, bem como visualizar o produto do seu trabalho, tornando o trabalho mecanizado (BRASIL, 2005a; CAMPOS, 1997). Merhy (2006) reforça isso, ao afirmar que no processo de trabalho as tecnologias leves devem superar as tecnologias leve-duras e duras; caso contrário, o trabalho torna-se morto, uma vez que o profissional de saúde fica aprisionado e limitado pelo uso das máquinas.

Para o usuário, um ponto alto da relação com o serviço de saúde é ter acesso. Acesso ao serviço, a diagnósticos e continuidade dos processos terapêuticos. Em contrapartida, apenas a organização do serviço não é suficiente, é preciso contatar profissionais que correspondam com conhecimento pertinente para condução de suas necessidades, bem como realizem as articulações necessárias para resolutividade (FEUERWERKER, 2013).

A partir da necessidade de se capacitar a atenção prestada pelo serviço, a fim de construir uma formação profissional adequada à realidade e significativa para o trabalhador, em 2004 surgiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta política também visa a incorporação, no cotidiano do trabalho em saúde, de práticas de ensino à reflexão e problematização, e articulação entre o trabalho em equipe, a gestão, o controle social e instituições de ensino (BRASIL, 2004).

A partir do uso de ferramentas metodológicas como problematização, aprendizagem significativa e trabalho em roda, a Educação Permanente em Saúde (EPS) considera o espaço do trabalho como local de ensino e aprendizagem, pois insere as práticas dos serviços neste processo. Desta forma, o conhecimento deve

ser construído a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade do serviço, destacando a EPS como dispositivo significativo de transformação das práticas destes profissionais (GIL et al, 2017).

Considerando que muitos processos de trabalho ainda se organizam de modo a excluir e afastar o usuário, mesmo os brasileiros, esta pesquisa procura explorar o acesso dos imigrantes bengaleses na APS do município de Rolândia, a partir do olhar do trabalhador de saúde e como este percebe o mencionado fenômeno. Com foco maior a partir do conceito de acesso aos serviços de saúde, pretende-se atingir os seguintes objetivos:

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Compreender o acesso dos imigrantes bengaleses aos serviços de Atenção Primária à Saúde, pela ótica dos trabalhadores.

4.2 Objetivos Específicos

- Compreender como a UBS se organiza para proporcionar acesso à saúde para a população de bengaleses;
- Conhecer quais as tecnologias utilizadas para construção de vínculo e acolhimento dessa população;
- Identificar como a equipe de saúde se prepara para atender uma população com crença, cultura e valores diferentes.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 Abordagem Qualitativa

O presente estudo utiliza uma abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo que visa desvendar as experiências dos imigrantes bengaleses nos serviços de saúde.

A pesquisa qualitativa é um método apoiado por extenso fundamento teórico e se justifica por permitir representações das características humanas, com valorização da subjetividade que envolve os indivíduos e grupos. O produto destas interpretações, caracterizado pela sistematização do conhecimento, além de proporcionar análises a partir dos objetos de compreensão, propicia a construção de novas hipóteses, indicadores qualitativos e variáveis (MINAYO, 2013).

A pesquisa qualitativa se ampara na égide do fenômeno, ou seja, no que se mostra. Assim, o que se manifesta é passível de compreensão à luz da fundamentação teórica e das fundamentações da pesquisa qualitativa (MARTINS; BICUDO, 2005).

5.2 Local e Sujeitos de Estudo

Como aspectos necessários para a pesquisa qualitativa, os elementos constitutivos devem ser, concomitantemente, de ordem teórica e prática. Assim, a pesquisa acontece a partir das teorias aprendidas pelo pesquisador e as experiências vividas, possibilitando observar e analisar a realidade aparada pelas ferramentas teóricas desde o início da pesquisa (MARTINS; BICUDO, 2005).

Desta forma, o presente estudo aconteceu no município de Rolândia-PR. Este município foi escolhido por ser local de trabalho da pesquisadora e também por apresentar expressivo número de imigrantes bengaleses.

A coleta de dados aconteceu em uma UBS situada na região mais próxima dos frigoríficos, com maior concentração de bengaleses do município, e cuja UBS de referência é também local de trabalho da pesquisadora como enfermeira. Esta UBS conta com duas equipes de saúde da família, população do território de aproximadamente 8 mil habitantes.

Esta UBS apresenta ampla carta de serviços disponíveis aos usuários como: atendimento programado e de demanda espontânea, bem como urgência e emergência; consultas médicas; pré natal; planejamento familiar; puericultura; vacinação; coleta de exames; atendimento odontológico; fornecimento e administração de medicação; testes rápidos para dengue, HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C; encaminhamento para especialidades; ações em saúde e visitas domiciliares.

Participaram do estudo, todos os trabalhadores lotados na referida UBS: auxiliares administrativos, agentes comunitários de saúde, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, enfermeira, médicos e auxiliares de serviços gerais.

No momento da observação todos os trabalhadores estiveram inclusos no processo. Já para as entrevistas foram selecionados os trabalhadores inseridos na equipe há mais de dois anos. Dos ACS, além do período de trabalho há mais de dois anos nesta UBS, foram inclusos os que fazem parte da equipe de saúde da família cujo território contém a concentração dos imigrantes.

5.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada sob duas perspectivas. Observação participante da rotina da unidade básica de saúde e entrevistas semiestruturadas com trabalhadores que, devido sua rotina de trabalho, se relacionam com a população imigrante.

A seleção destas duas técnicas para coleta de dados explica-se pelo fato da entrevista registrar a fala formal do sujeito e, assim, a observação participante faz-se necessária para incorporação do contexto da vivência, com elementos da realidade e

das relações. Desta forma, obtêm-se as informações produzidas com as falas com a possibilidade de relacioná-las com aspectos do cotidiano (MINAYO, 2013).

A observação participante foi realizada na UBS, no período de 13 de março a 12 de abril de 2017, após autorização da coordenação (Anexo 1) e, direcionada por roteiro para condução de sua sistematização (Apêndice 1). Esta abordagem objetiva observar como acontece o acesso dos imigrantes e sua passagem dentro do serviço de saúde.

Para Minayo (2013), a observação do campo de pesquisa é fundamental para compreensão da realidade. Este método trabalha com a intencionalidade de realizar uma investigação científica através da presença do pesquisador no campo. Esta vivência indica uma virtude sob a ótica da pesquisa qualitativa, pois possibilita integração do observador com o observado. Assim, a coleta de dados é pautada na perspectiva da realidade vivida, indicando ao pesquisador interpretações profundas impossíveis de serem realizadas em encontros pontuais.

Toda a equipe da UBS foi informada previamente ao início da coleta de dados sobre a condução desta pesquisa em seu ambiente de trabalho, sendo informados sobre o tema, seus objetivos, as fases das coletas de dados bem como seus períodos. Desta forma, a observação participante deu-se durante todo o horário de trabalho da pesquisadora, totalizando 8 horas por dia e 5 dias por semana, durante 1 mês. Neste período, a pesquisadora realizou seu trabalho como enfermeira de equipe da ESF e manteve olhar atento e registro imediato quanto ao acesso dos imigrantes bengaleses neste serviço.

O conteúdo do período de observação foi registrado em diário de campo e posteriormente digitadas para análise. Desta forma, serão apresentadas informações deste registro em forma de falas e também como relato de situações observadas, codificadas com a letra O seguida de número relativo à observação conforme dia do registro. Assim, as observações referentes ao primeiro dia estarão destacadas pela presença da letra O seguida do número 1: O1.

Também foram realizadas entrevistas com os trabalhadores lotados nesta unidade de saúde, identificados no processo de observação enquanto interlocutores para o acesso do imigrante bengalês ao serviço de saúde, além de poderem trazer a experiência da chegada dos bengaleses. Desta forma, foram entrevistados todos os

trabalhadores que fazem parte desta equipe há mais de dois anos. Considerando que o número ideal de entrevistas é aquele que permite ao pesquisador explorar o fenômeno sob várias dimensões (MINAYO et al. 2000). Foram entrevistados: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares administrativos, 3 ACS e 6 auxiliares de enfermagem. As treze entrevistas aconteceram de 17 de abril a 13 de julho de 2017.

Conforme apresentado por Triviños (1987) o instrumento da entrevista construído com enfoque qualitativo, nasce a partir do referencial teórico que ampara o pesquisador e, que se soma às informações a que teve contato sobre o fenômeno a ser estudado, apresentando-se tão importantes quanto às relações estabelecidas ao longo do processo da pesquisa, inclusive, na escolha das pessoas que serão entrevistadas.

As entrevistas foram escolhidas como fontes de informação para esta pesquisa, por trazerem à luz a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade vivida. Os sujeitos incorporam em suas representações as subjetividades que o envolvem de maneira consciente ou inconsciente (MINAYO, 2013).

Assim, os trabalhadores selecionados para o momento da entrevista foram previamente convidados e, após aceite, a entrevista aconteceu após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). A condução das entrevistas esteve norteadas por roteiro semi estruturado (Apêndice 3), amparado com questões que visam abordar as percepções dos trabalhadores da UBS quanto ao seu processo de trabalho e da relação com o imigrante.

As entrevistas foram realizadas em local livre de ruídos que interferissem na comunicação e que garantissem privacidade ao entrevistado. Registradas em dois gravadores de áudio, as entrevistas foram posteriormente transcritas para a etapa de análise das informações obtidas.

5.4 Transcrição do Material

Os arquivos de áudio contendo as entrevistas foram transcritos pela própria pesquisadora, na íntegra e de forma literal. Após etapa de transcrição, os áudios foram

repassados concomitantemente à leitura das transcrições para conferência do material, a fim de preservar o máximo possível de todas as suas características.

5.5 Análise dos Dados

A análise dos dados foi pautada pela análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (2005). Entende-se por essa metodologia como uma ferramenta para a significação do fenômeno. Para tal, o pesquisador trabalha com descrições organizadas da situação manifesta que é de seu interesse de estudo.

Este método abrange dois momentos: no primeiro, o pesquisador deve aproximar-se do texto, ler o texto e familiarizar-se ao fenômeno. No segundo momento, a apropriação do conteúdo permite evidenciar-se os significados do fenômeno e, desta forma, construir unidades de significação que permitam analisá-lo. (Martins; Bicudo, 2005)

Desta forma, após leituras, foram selecionadas as unidades de significado, ou seja, expressões claras apresentadas pelos entrevistados de acordo com a forma como percebe e que fazem sentido ao fenômeno pesquisado. Neste momento a busca pelos significados acontece individualmente entre as entrevistas, traz a experiência prévia do pesquisador e exclui-se dados irrelevantes para a pesquisa.

O passo seguinte, mas ainda de forma individual, transforma as unidades de significado em uma linguagem mais clara, a fim de que o texto mantenha sua essência e seja melhor compreensível. Ainda agrupam-se os significados convergentes encontrados nos discursos.

O momento da análise geral trata-se de compreender e organizar as unidades individuais em um espectro mais geral. Foi realizada a organização das convergências e divergências encontradas nos discursos. Estas aproximações possibilitaram a construção das categorias de análise deste estudo.

Conforme as orientações de Goldim (2000), os participantes foram identificados por códigos a fim de assegurar o sigilo de sua identidade. Para identificar os trabalhadores foi utilizada a letra T, e as entrevistas foram numeradas de acordo com

a ordem de realização. Portanto, para apresentação das falas em sua forma literal será utilizada a letra T seguida do número da entrevista, ou seja, a sequência de T1 a T13.

5.6 Categorias de Análise

As análises revelaram três categorias: Percebendo a relação entre trabalhadores e imigrantes bengaleses; Evidenciando a organização do serviço; e Conhecendo como acontece o acesso dos imigrantes.

Estas categorias emergiram a partir das falas dos trabalhadores nas entrevistas, que trouxeram suas experiências e percepções e, também foram amparadas pelo diário de campo registrado durante o período de observação.

5.7 Aspectos Éticos

Os princípios éticos norteadores desta pesquisa estão contemplados na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia (Anexo 1) e Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, conforme CAAE: 65003717.6.0000.5231 (Anexo 2).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Sujeitos da Pesquisa

Participaram do momento da entrevista deste estudo a maior parte dos trabalhadores inseridos na referida UBS. Os entrevistados foram um médico clínico geral, uma enfermeira, sete auxiliares de enfermagem, duas auxiliares administrativos e dois agentes comunitárias de saúde, totalizando 13 entrevistados. Todos atuam há mais de 5 anos na profissão, apenas 1 é do sexo masculino e a idade varia entre 30 e 42 anos.

Optou-se pela seleção dos trabalhadores lotados na UBS há mais de dois anos a fim de captar se aconteceram mudanças em relação ao acesso do imigrante com o passar do tempo, já que este movimento migratório iniciou-se há aproximadamente 5 anos. Considerou-se também, que o trabalhador inserido na equipe há menos tempo, pode não ter vivido o impacto da chegada dos imigrantes e o processo de construção da relação entre bengalês e equipe, ao chegar com este contato já estabelecido no serviço.

6.2 Categorias de Análise

Para apresentação dos resultados desta pesquisa, organizou-se o eixo da discussão sob a ótica do referencial teórico de acesso proposto por Giovanella e Fleury (1996) que o divide quatro dimensões: técnica, política, simbólica e econômica. Será discutido com maior profundidade as dimensões técnica, política e simbólica, que são mais vivenciadas e governáveis dentro da UBS; além do referencial relacionado ao processo de trabalho.

6.2.1 Percebendo a relação entre trabalhadores e imigrantes bengaleses

As entrevistas trouxeram à tona que a relação que se estabelece entre o trabalhador e o imigrante é um aspecto fundamental referente ao acesso, sendo essa relação muito influenciada por questões de caráter cultural. Um dos fatores culturais que se destaca logo na primeira impressão do trabalhador é o modo de se vestir dos imigrantes. Deste modo, ser ou parecer um imigrante bengalês gera uma certa carga de estranheza nos trabalhadores de saúde bem como nos demais usuários. Durante o processo de observação, verificou-se o quanto a presença do imigrante causa desconformo tanto nos profissionais como nos usuários. Expressões do tipo “era só o que faltava” (O1) entre os trabalhadores e “eles vem pegar a nossa vaga” (O1) entre a população são frequentes.

Este contexto ilustra a dimensão simbólica de acesso ao evidenciar que a presença do imigrante é um fator que a população considera como obstáculo ao próprio acesso à saúde. Entretanto, o sentimento de perder espaço para o imigrante é errôneo, já que o imigrante ocupa apenas espaços a que tem direito. A Lei de Migração garante em seu artigo quarto, inciso VIII, acesso aos serviços públicos de saúde, assistência social e à previdência social, em caráter de igualdade aos brasileiros, em todo o território nacional (BRASIL, 2017).

Apesar do aumento da cobertura dos serviços de APS, ainda hoje existem limites no que se refere ao acesso à saúde. Assis e Jesus (2012) apontam para a existência de estudos que tratam desta desigualdade em relação a atenção à saúde, que populações com renda mais baixa e menor escolaridade têm menor acesso a estes serviços. Considerando que os referidos estudos foram realizados com brasileiros, podemos considerar que os imigrantes, com suas particularidades em relação a cultura e dificuldade de comunicação, também não fazem parte de um grupo privilegiado, ou seja, também enfrentam dificuldades no que se refere ao acesso.

No cenário atual, com as relações interpessoais mais dinâmicas e acontecendo de forma rápida, seria mais fácil atribuir a um sujeito as características do seu grupo. Assim, simplifica-se as relações ao considerar as pessoas de forma generalizada enquanto inseridas em determinados estereótipos, a individualizá-las e trata-las como pertencentes à sua própria singularidade (BASTOS; FAERSTEIN, 2012).

O embate cultural demonstra ser uma questão preponderante no que se refere ao acesso. Verificou-se que os profissionais, por construções predeterminadas de certos hábitos culturais dos bengaleses, acabam atribuindo como causa de seus problemas de saúde, sobretudo, os de ordem gastrointestinal à dieta demasiadamente apimentada ou rica em outros condimentos, negligenciando outras possíveis causas.

Também verificou-se que as diferenças culturais podem levar a comportamentos resistentes, tanto por parte da equipe de saúde, por entender que os imigrantes devem seguir as conduções predeterminadas e protocolares, bem como por parte dos imigrantes que, muitas vezes, entendem estas condutas como uma forma de agressão à sua cultura.

É assim, ele dá uma explicação e você tenta explicar, da melhor forma, que aquilo vai ser bom pra ele, que ele tá com dor, que ele tá precisando e que a medicação vai fazer bem. Já aconteceu de uns não aceitarem, irem embora e não receber a medicação. Aí não tem o que você fazer, porque ele tem a crença dele e então ele não aceita. (T3)

E no sentido assim, tipo, quando eles estão em luto não podia tomar injeção (...) aí eles falam 'não, não pode' e isso. Eu não sei certinho, não entendo, mas não sei se pelo fato de ter morrido alguém... Eu lembro que uma vez, foi bem na época que tinha morrido um indiano, porque mataram né, um Bangladesh e foi bem nessa época. Então eles não poderiam tomar injeção, porque eles estavam em ramadã. Mas a gente não sabe o que é, eu não sei o que é esse ramadã e porque não pode ser feito. (T1)

Neste ponto, a dimensão simbólica do acesso é um subsídio para compreensão. Não se faz efetivo explicar toda a validade do procedimento que o serviço tem a oferecer se este não vai ao encontro do esperado pelo imigrante enquanto tratamento. O fato de o bengalês não trazer consigo que a injeção é importante para a sua saúde se firma como barreira ao acesso.

Entretanto, frente a este tipo de obstáculo, a equipe pode lançar mão prioritariamente das tecnologias leves. Ao operar no campo da construção de vínculo e melhorando a escuta ativa, pode transformar um fator de resistência, como uma injeção, em algo significativo. Assim, ao compreender e confiar na equipe, a realização de um procedimento mais invasivo pode até ter aceitação por parte do imigrante. Ou, ao compreender o simbolismo envolvido na construção do cuidado à saúde, a equipe poderia propor condutas alternativas que acessem a compreensão deste usuário.

Além da forma de se vestir e dos hábitos culturais afetarem a relação entre os bengaleses e a equipe de saúde, o idioma foi o mais citado enquanto um fator que interfere nessa relação.

A gente até tenta ajudar, mas por não conseguir a comunicação a gente deixa a desejar talvez um pouco no atendimento. (T2)

Ele chega no guichê e a gente vai fazer a avaliação dele e a gente pergunta qual é o problema e ele fala, mas assim, muitas vezes ele não consegue explicar o que ele realmente está sentindo ou o que realmente ele está precisando. Isso dificulta a gente a fazer um atendimento, uma orientação ou o próprio encaminhamento para outro setor. (T3)

Não conseguir se comunicar implica em não compreender qual é a demanda do imigrante que, conseqüentemente não vai ter sua necessidade atendida. Os bengaleses que estão no Brasil há mais tempo conseguem se comunicar melhor e também entendem melhor o funcionamento do serviço.

Quando eles chegaram, a gente tinha dificuldade, porque a língua era complicada. A gente não falava inglês e eles não falavam português e tinha essa barreira, mas, uma vez que eles foram se adaptando, não vejo mais essa dificuldade.(T11)

Acho que a barreira maior é a comunicação, porque esses que estão falando português, a gente está se dando bem com eles. Mas os que não falam, a gente tem uma dificuldade grande. (T12)

O idioma é um aspecto importante na relação entre eles, desperta nos trabalhadores diversos sentimentos e posturas, alguns se sentem preparados e outros despreparados para o atendimento ao imigrante. A maioria menciona não sentir-se preparado para o atendimento ao imigrante, de modo geral, principalmente devido o idioma, mas são pontuados fatores culturais, condições de moradia, tipos de queixas. Esse despreparo faz com que, em geral, os imigrantes não tenham seu acesso garantido e não sejam atendidos de forma integral e com equidade.

Ao explicar seu despreparo, o relato abaixo aponta fatores organizacionais, como a falta de estrutura de modo geral, da saúde em receber o imigrante.

Não. Porque nossa estrutura, e isso eu acho que é nível Brasil, não é nem estado, acho que a saúde do Brasil é despreparada no geral.

Porque você não tem um curso, essa é a nossa realidade, todo mundo sabe disso, hoje imigrante está em todo e qualquer lugar. (T6)

Foi observado em outros estudos com imigrantes de outras nacionalidades e em outros serviços de saúde esta falta de preparo para este atendimento. Como apontado por Dias (2010), o acesso à saúde envolve vários aspectos que ultrapassam seu aspecto legal. É essencial investir na formação dos trabalhadores de saúde para que recebam as diversidades culturais com competência, a fim de garantir saúde com qualidade. Em consonância, faz-se necessária a divulgação de informações quanto aos serviços oferecidos e direitos da população imigrante.

A falta de preparo para lidar com o imigrante é tanta que estes são preteridos no que se refere a alguns serviços prestados pela UBS. De acordo com entrevistados, houve um período em que os agentes de saúde eram orientados a não realizarem o cadastro dos imigrantes, sob a justificativa de que a ficha cadastral é complexa e pelas dificuldades já apresentadas seria impossível preenche-la com dados completos. Da mesma forma, os auxiliares administrativos também abrem fichas contendo o mínimo de dados possível para o cadastro no sistema.

Então, foi orientado, até agora, não sei qual será a segunda ordem... o cadastro domiciliar que o agente de saúde faz, não é feito. Que é aquele domiciliar, aqueles dados que vão entrar no cadastro de famílias, a gente não tem feito, não por discriminação, mas pela comunicação ser difícil. (T4)

Assim, o imigrante não recebe visitas domiciliares de rotina dos ACS, que por sua vez dizem ter recebido esta orientação da própria gestão. Quando a gestão entende que cadastrar o imigrante não é necessário, fica claro para a equipe que esta população não faz parte de um grupo prioritário, como também pode ser excluído dos planejamentos.

O imigrante tem assegurado por lei, em condição de igualdade aos nacionais o acesso aos serviços públicos de saúde sem discriminação da nacionalidade ou da condição migratória (BRASIL, 2017). Sendo assim, quando a gestão prevê a exclusão desta população nas atribuições da organização do serviço de saúde, além de nos remeter a considerações éticas e morais, sequer está agindo de acordo com o vigor da lei.

Em pesquisa realizada com imigrantes bolivianos em São Paulo, concluiu-se que o ACS é importante ator na promoção de acesso à saúde destes imigrantes. Encontrou-se, também que, além de realizarem visitas periódicas e incorporarem esta população em sua rotina de trabalho, estes profissionais auxiliaram os imigrantes na obtenção de documentação e em outros aspectos humanitários (MARTES; FALEIROS, 2013).

Os ACS, especificamente, relatam que um outro fator dificultador da visita domiciliar é o fato deles viverem em domicílios com vários homens, denotando um sentimento de insegurança.

Até por conta disso: da cultura e da dificuldade que a tem gente para conversar, a gente não entende o que eles falam, assim, né? E é difícil, assim, expressar com eles. E, até mesmo como, assim o nosso, meu serviço de ir na casa, não me sinto à vontade de entrar na casa, de cadastrar, né? (T8)

Os trabalhadores constatarem seu despreparo em atendê-los porque consideram que o produto do seu atendimento pode não ter sido satisfatório ao imigrante, relatam este distanciamento como consequência da dificuldade de comunicação. Ainda quanto à relação dos trabalhadores com os imigrantes, situações de discriminação se evidenciaram.

Alguns trazem nos relatos, confirmação de que a relação com o imigrante é diferente.

Acho que acaba mais maltratando do que atendendo. No sentido de só pelo fato de, de repente, eles serem 'bangladeshs' assim, tipo, não seria racismo, mas um certo preconceito. (T1)

Eu ficava irritada em atender os Bangladesh. "Como eu oriento a fazer xixi no potinho?" Ele não está me entendendo e eu estou querendo dar uma injeção na bunda dele. Sábado de campanha e eles trazendo pote de urina. (T3)

Assim, ele já é assim, taxado. "Tá chegando o Bangladesh", "eu não entendo nada do que ele fala". Primeira coisa que você ouve, quer dizer, ele já vem com uma plaquinha "Bangladesh" na testa quando ele passa o portão. Então, eu ainda acho assim, ainda vejo um pouquinho de preconceito com relação a eles. Talvez não por vontade das pessoas, mas por falta de entendimento, falta de conhecimento, tudo. Porque a gente não pode ter essa diferenciação, mas acaba tendo. É uma coisa involuntária que acontece com todos nós. (T9)

Alguns entrevistados, entretanto, não tem essa clareza e não percebem essa relação de discriminação afirmando que os imigrantes são bem atendidos. Houve, ainda, relato de que o atendimento ao imigrante promoveu crescimento pessoal, que proporcionou aprendizado em lidar com pessoas diferentes. Menções de que os bengaleses são pessoas respeitadas e educadas.

Durante o período de observação a diferenciação negativa e de uma forma mais dura em relação aos bengaleses ficou mais clara do que o apontado nas entrevistas. A maioria dos atendimentos aos imigrantes traziam sua carga de colocações pejorativas, condutas questionáveis ou de posturas excludentes.

Foram observados comentários preconceituosos diante da informação das casas dos bengaleses serem constituídas por homens, com insinuações de que eles mantêm relações sexuais entre si (O11). Questionou-se, durante atendimento, a frequência de banhos e uso de desodorantes (O3). Ao verificar que o próximo prontuário era de um imigrante, em tom jocoso, faziam-se apostas sobre qual seria a queixa (O4). Não raro, o próximo prontuário ser de um imigrante indicava que era hora de tomar café (O4, O9).

O constante relato de que o imigrante não gosta de trabalhar e procura a UBS apenas para conseguir atestado médico, leva à desvalorização de sua presença no serviço (O11). Consequentemente, observou-se que os imigrantes têm seu atendimento preterido (O9). Antes de ouvir sua queixa, já se comentava que não seria atendido pelo médico no dia, preferência para encaminhar ao serviço de pronto atendimento, agendamentos de consulta médica para outra data mesmo diante de queixas agudas.

Em estudo realizado com os bolivianos em São Paulo, Martes e Faleiros (2011) concluem que estes imigrantes não consideram um problema o acesso à saúde no Brasil, porque trazem a experiência de ter o acesso à saúde mais difícil na Bolívia. Entretanto, também são apontadas situações de discriminação, maus tratos e sensação de ter atendimento negado devido sua nacionalidade.

Ao constatar-se a necessidade de transformações profundas na equipe, com base na dimensão política de acesso, verifica-se aqui a importância da intervenção da gestão no reconhecimento das populações imigrantes como estratégicas para a organização do serviço. A equipe está lidando com um fenômeno singular e reagindo

como entende ser possível promover o atendimento ao imigrante dentro de sua rotina sobrecarregada. Destaca-se, portanto, a importância da reorganização do processo de trabalho e uma maneira efetiva de promover mudança, seria implantar uma política de EPS.

Por outro lado, alguns profissionais relataram sentirem-se preparados para o atendimento ao imigrante. Citam que no início era mais difícil mas que com o tempo tanto a equipe quanto o imigrante se sentiram mais adaptados com a rotina do serviço. Contudo, destaca-se que os imigrantes é que, em grande parte, fizeram o movimento de se adaptar à realidade da UBS e não o contrário.

6.2.2 Evidenciando a organização do serviço

Conforme proposto por Giovanella e Fleury (1996), esta categoria destaca a dimensão técnica do acesso ao revelar a organização do serviço. Referente à esta organização para o atendimento ao imigrante, a chegada desta população divide opiniões. Existe um grupo de trabalhadores que cita terem ocorrido mudanças no trabalho com a chegada do imigrante, enquanto outro grupo maior nega esta diferença.

Os relatos que mencionam a ocorrência de alguma mudança em geral são os relacionados ao aumento da demanda e não da forma de organizar o serviço. Além disso, não foi observado qualquer alteração da rotina direcionada para proporcionar ou auxiliar o acesso dos imigrantes. Esta informação

Outro fator apresentado enquanto mudança, foi o maior dispêndio de tempo dedicado ao imigrante em relação ao brasileiro, visto à necessidade de orientações mais detalhadas, além da frequente utilização de outras formas de comunicação na tentativa de acessar a necessidade deste sujeito.

Este momento nos remete à reflexão da dimensão técnica do acesso ilustrada por Assis e Jesus (2012), que indicam o usuário no centro do processo de atenção à saúde, contrário ao que encontra-se neste estudo. Portanto, considera-se que se a organização preestabelecida do serviço de saúde, ao contrário de promover acesso,

atinge o imigrante de forma excludente faz-se necessária a reorganização do serviço, além da reformulação do processo de trabalho.

Como fica evidente a apatia em relação à proposição de mudanças para melhoria do acesso dos imigrantes, emerge-se a importância de se considerar a implantação de espaços de EPS para a construção de adequações das práticas profissionais. Como sugerem Merhy et al (2006), a problematização da realidade desperta nos sujeitos a sensação de que suas práticas não estão sendo suficientes para lidar com a realidade do trabalho. Assim, a partir do desconforto, promover reflexão com a finalidade de que novas práticas podem mudar o cenário.

Jesus e Assis (2012) propõem, a partir da relação entre prestador e usuário, que o acesso aos serviços de saúde configura-se como elemento transformador da realidade, não apenas a resolução de um problema ou consecução de um cuidado. Cecílio (2014) aponta que a assistência à saúde oportuna acontece como uma extensão do que chama de tríplice definição de acesso, ou seja, chegada em local e tempo oportuno e, recebendo cuidado adequado. Também destaca que esta assistência qualificada depende de seus atores, caracterizando, assim, uma condição de conflitos de interesses que suplantam as barreiras técnicas e burocráticas.

Algumas falas citaram como estratégia para melhor acesso do imigrante separar seus prontuários dos demais, assim, aproximadamente trezentos prontuários de bengaleses estão em uma caixa encapada com papel verde, escrito em letras garrafais: “Bangladesh”. Cada envelope traz também traz em sua parte externa uma identificação individual: “Bangladesh”, “Bangla” ou até “Indiano”

Separaram todos os prontuários dos “Bangladesh”, são todos identificados e colocados separados. Então, quando eles chegam, ao invés de procurar em todos os prontuários, procura num local só, isso facilitou muito o acesso ao prontuário de cada paciente e o atendimento também ficou bem agilizado com isso. (T9)

No município de estudo, utiliza-se prontuário de papel. Estes prontuários são organizados em envelopes e acondicionados em escaninho por ordem numérica crescente. Estes números são encontrados em cadastro de sistema online, contudo, pode-se concluir que esta caixa, antes chamada de “Indianos” não representa uma forma resolutiva de acesso, tampouco de agilizar o atendimento.

Inclusive, uma entrevistada traz a informação de que um imigrante chegou a questionar o motivo de terem seus prontuários separados. Em resposta, a trabalhadora diz que seria para melhor organização do serviço e menciona ter sentido que o usuário em questão estava se referindo à caixa como um mecanismo discriminatório.

Portanto, constata-se que a chegada do imigrante e seu atendimento na atenção primária não gerou mudanças organizacionais no serviço, tanto que não existe qualquer diferenciação na organização do atendimento. Vê-se mais uma vez a dimensão técnica do acesso caminhando à contramão do proposto acesso com equidade. O serviço, bem com o processo de trabalho demonstrando-se pouco articulados com as particularidades da população imigrante, desenhando um modelo engessado conforme interesses do trabalhador e gestão, e não conforme necessidades do usuário.

Para enfrentamento das dificuldades encontradas e centralidade do usuário na organização do serviço, Assis e Jesus (2012) apontam a utilização de ferramentas como acolhimento, vínculo e autonomia dos sujeitos para auxiliarem na mudança do contexto. Neste sentido, considera-se a Educação Permanente em Saúde como ferramenta importante para fortalecer mudanças no modelo de atenção. Conforme apontado por Gil et al (2017), a EPS tem como entre os principais pressupostos, a aprendizagem no espaço de trabalho, incorporada ao cotidiano. Assim, como pontapé inicial faz-se necessário trazer à luz a discussão do acesso dos bengaleses.

Entretanto, a contramão desta informação, os trabalhadores indicam que não são necessárias mudanças no processo de trabalho, essas considerações emergem acompanhadas de explicações de que o imigrante é quem deve se adequar ao serviço, que eles são bem atendidos e pelo princípio de igualdade.

Não da pra ser o jeito que eles querem, na hora que eles querem. A gente tem toda uma rotina na UBS. (T3)

Especialmente para eles? Não. Eu não mudaria o sistema pra atendimento deles, pra mim continuaria a mesma coisa. Porque não precisa, eles são bem atendidos assim. Não precisa mudar não. (T7)

Ah, agora no momento, eu acho que não. Agora acho que ta tranquilo. A não ser assim, tudo o que é pra melhorar é bom, mas assim, no momento eu acho que ta bom. Do jeito que ta eu acho que a gente ta conseguindo atender (T13)

A PNAB publicada em setembro de 2017 através da portaria Nº 2.436, seu artigo segundo traz nos parágrafos segundo e terceiro que a atenção básica será ofertada de forma integral a todas as pessoas e é proibida qualquer exclusão baseada em características pessoais como crença, etnia, nacionalidade, limitações e outras. (BRASIL, 2017)

Ainda nesta portaria, o parágrafo quarto vem fazer contraponto ao encontrado nas entrevistas, ao postular que estão previstas estratégias que possam melhorar a autonomia e a situação de saúde de grupos, como o dos imigrantes bengaleses. Traz:

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/inequidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (BRASIL, 2017)

Ao se privarem de propor alterações no processo de trabalho, muitos imigrantes ficam restritos de receberem determinados tipos de atendimento tais como: vacinação, atividade física ou outros grupos, atendimento odontológico, consultas de rotina, encaminhamentos para ações especializadas. Como evidenciado pela fala a seguir:

Nunca parei para pensar na possibilidade de que eles têm esse direito também e eles não têm conhecimento disso. Então, nunca parei para pensar que isso poderia ser ofertado. (T6)

Assis e Jesus (2012), discutem o desafio e a importância de políticas voltadas para o acesso de populações específicas. Consideram em seu estudo, que a formulação de ações para grupos distintos trata-se de utilizar-se do princípio da equidade para fins de garantir integralidade. Trata-se de um desafio para serviço e gestão, já que os motivos que levam à exclusão também são distintos e, como visto nas entrevistas, não são facilmente reconhecidos como dificultadores de acesso.

Conforme apontado por Travassos e Castro (2008), a utilização dos serviços de saúde resulta da interação entre usuários, serviços e trabalhadores. Desta forma, afirmam que os contatos iniciais com o serviço dependem de características e anseio dos usuários, entretanto, a continuidade do cuidado é mais dependente de características dos trabalhadores de saúde.

Neste caso, foi encontrado que o atendimento à saúde do imigrante é principalmente caracterizado por queixas agudas e sua própria procura pelo serviço. A atenção primária não o atinge de forma integral, este fato é reconhecido pela equipe, mas ainda assim a responsabilidade de estar inserido no serviço é transferida a ele.

E também não tem procura deles, não sei se por eles não entenderem a importância, o que significa, para que serve, mas eu acho que eles não são alcançados quanto a essa parte. (T2)

Também foram mencionados relatos de responsabilização da gestão pelo despreparo dos trabalhadores da saúde diante do imigrante. Não é fácil para o trabalhador lidar com este fenômeno, se adaptar a ele e ainda repensar seu processo de trabalho, sendo que a rotina básica do serviço já o consome sobremaneira.

Alguns entrevistados entendem que se preparar para melhorar esse acesso não é necessário. Que o imigrante deve chegar no país com algum conhecimento básico do idioma local, bem como compreender o funcionamento dos serviços que podem vir a utilizar.

Da gente para eles é meio complicado né?! Porque a gente tá no nosso lugar. Eu acho que eles, deveriam, não sei, vir preparados para uma língua diferente e uma cultura diferente, mas não é isso que acontece. (T2)

Entretanto, a maioria da equipe aposta que o preparo em relação ao idioma e cultura seja fundamental para melhor atendimento do imigrante. Inclusive trazem que gostariam de aprender mais sobre Bangladesh, entender hábitos culturais e religiosos, bem como conhecer o básico de seu idioma. Alguns entrevistados apontam até que um curso de inglês poderia ser mais fácil de acessar e por ser um idioma mais amplamente conhecido também teria efetividade na comunicação com os bengaleses.

É um quadro que vai aumentar sempre mais, que está aqui, a gente vai ter que conviver com isso, não adianta discriminar ou ir fazendo como dá. Está na hora de a gente se unir e tentar nos preparar, porque a gente não está com esse preparo na mão. (T4)

Ah, eu acho que é importante, porque a gente tá aqui e não é só o brasileiro que a gente pega, a gente pega gente de fora. O bom é a gente saber falar uma língua que é universal, o inglês, aí eu acho que a acolhida seria um pouco mais... a gente saber um pouco mais sobre

o país dele também é importante, aí a gente pode fazer um serviço melhor. (T5)

Então, eu acho que a gente tinha que ter um preparo maior sim, pra entender melhor eles, pra acolher. Porque eles estão até fazendo família aqui, né?(T8)

Ao passo que sentindo-se preparados ou não, ainda que o serviço não tenha esta organização específica, mesmo que a gestão não reconheça o imigrante como parte do planejamento estratégico, os trabalhadores estão diante do imigrante. O bengalês está neste serviço, munido de sua cultura e demandando cuidado. Este fato provoca em toda a equipe, dos mais resistentes aos mais acolhedores alguma reação.

O trabalhador, ao considerar que o usuário deve se enquadrar ao tipo de serviço oferecido, se adaptar ao proposto pelo fluxo da sua queixa e saber em que local deve levar suas demandas não é observado apenas em relação ao imigrante. Trata-se de um aspecto circunstancial do trabalho em saúde. As equipes ficam tensionadas diante de condições que não se moldam às premissas organizacionais do serviço ou que saiam da rotina de oferta das ações programadas (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Desta forma, são observadas, nos trabalhadores, posturas pessoais diversas, mas que procuram dar alguma resposta ao imigrante. Cada um, à sua maneira, desenvolveu estratégias para este atendimento. Estas estratégias perpassam por falas mais pausadas, mímicas, gestos, desenhos, utilização de aplicativos de tradução, demonstração de documentos e técnicas, encenações, solicitação da presença de um bengalês que entenda melhor o português “o amigo” e até entregar bilhetinhos para que alguém leia e o ajude (O1, O4, O9, O12, O13).

Tentar falar com clareza pra que ele entenda, ou que seja inglês improvisado, ou por gesto. Pra ele se sentir acolhido, pra ele saber que ele tendo a necessidade, que ele pode estar vindo procurar o serviço. Quando vem com um amigo, que a gente fala que é o interprete deles, aí ele vai conversando e vai falando o que vai ser feito, aí ele entende. (T5)

Acredita-se que os subterfúgios utilizados para trabalhar com a presença do imigrante, levam à sensação de que o serviço esteja fazendo o possível para que o

atendimento seja satisfatório. Entretanto, entende-se que as necessidades de saúde são maiores e mais complexas. Ainda que se entenda que o produto do trabalho pode não estar satisfatório, que se tenha o desejo de aumentar seus conhecimentos para melhorar sua relação com o outro, pensar em mudar processo de trabalho configura uma zona de declarada resistência.

Nesse sentido, Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006), apontam a importância de por o processo de trabalho em análise, de problematiza-lo, visto que essa é uma estratégia fundamental para despertar o desejo de mudança, pois faz emergir no sujeito a sensação de incômodo, a percepção de que sua prática não está sendo suficiente para dar conta dos desafios de seu trabalho, apesar da incerteza do caminho a ser trilhado. Segundo esses autores, o incômodo só pode ser despertado quando ele é percebido, vivido de forma intensa. A vivência e a reflexão sobre as práticas de trabalho são os caminhos ideais para produzir insatisfações e disposição para elaborar alternativas que visem enfrentar os desafios (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

6.2.3 Conhecendo como acontece o acesso dos imigrantes

As categorias apresentadas anteriormente, que tratam da relação do trabalhador com o imigrante e da organização do serviço, imprimem condições que interferem diretamente no acesso do imigrante. Assim, o objetivo desta categoria é revelar como acontece o acesso nesse contexto, com enfoque acerca da dimensão simbólica que o envolve.

Para Giovanella e Fleury (1996) as definições de acessibilidade compreendidas por planejadores do serviço e usuários são diferentes e por vezes contraditórias. Para os usuários, a dimensão técnica pode não se evidenciar tanto quanto a dimensão simbólica, para este é mais claro perceber características da atenção prestada, resolução da sua demanda e limpeza do ambiente, por exemplo. Já as percepções do prestador do serviço são de outra ordem e podem não ser suficientes para o usuário. Quando questionados quanto ao acesso do bengalês foram encontradas respostas

divergentes. A grande maioria dos entrevistados nega que exista esta diferença, novamente trazendo referências a um atendimento igualitário.

Eles estão sendo bem recebidos, acho que o que está no alcance para se fazer, está sendo feito. Não está tendo diferença. (T4)

Acho que sim, não percebo discriminação na acolhida dessa população. Até porque eles continuam vindo, então acho que é igual. O atendimento segue a rotina preconizada, como para todos os outros usuários. (T10)

Evidenciando-se, assim, o quanto o trabalhador desconhece os próprios processos e cenários de trabalho ao não se dar conta das diferenças estabelecidas. Ou seja, não há reflexão sobre o processo de trabalho, não há análise das particularidades do território de sua responsabilidade. Destacando novamente a reflexão de que ações de educação permanente precisam ser inseridas nesse espaço.

Eventualmente, os trabalhadores apresentam relatos de estarem fazendo favor ao imigrante, relacionam o fato de estarem em outro país e ainda se utilizarem de seus serviços públicos. Neste momento aparecem as suposições de como funciona a saúde em Bangladesh, por se acreditar que essas pessoas não tinham acesso como no Brasil, fala-se em vantagem. Questionam-se, ainda, a obrigatoriedade do SUS em atendê-los e, muitas vezes, se atribui esta responsabilidade às empresas que, de alguma forma, participaram deste movimento migratório, como empregadores dessa “mão de obra”.

Ressalta-se aqui o fato de o imigrante com documentação regulamentada, tem direito a acessar políticas públicas de saúde, Seguridade Social, Educação e Previdência, independentemente de sua nacionalidade (BETTIOL LANZA et al, 2016). Entretanto, conforme destacam Almeida e Souza (2014), mesmo que não possua esta situação regulamentada, o imigrante deve ser considerado como uma pessoa com direitos, acima das questões de segurança nacional, devem ser garantidos os direitos humanos.

Outra face da resposta que remete ao imigrante o mesmo acesso do brasileiro, é a menção a privilégios em contraposição à condição de direito ao acesso à saúde.

Acesso eles tem, porque o que a gente dá pro brasileiro a gente dá pra eles. Assim, não nega. (T2)

Então, o acesso dele é igual. Chega na entrada do serviço, ele tenta falar o que ele quer ou que ele esteja com alguém que interprete até chegar na gente. Então o serviço é igual. (T5)

Eu acho que sim. Eu acho que estão tendo sim, até agora eu não vi nada de diferente no atendimento, no que eles precisam em questão de atendimento na área da saúde, né?! Porque eles estão tendo os mesmos privilégios que as outras pessoas tem, de realizar exames gratuitamente. (T13)

A saúde é um direito humano, mas além disso o acesso a cuidados de saúde está garantido por normativas internacionais, pela Constituição brasileira e no caso dos imigrantes pela Lei de Migração (BRASIL, 2017). A partir do momento em que o trabalhador do SUS entende não ser responsável pelo atendimento à população imigrante, abre-se precedente para interpretar um direito legal, a saúde, como um favor ou privilégio.

Entretanto, outros conseguem perceber diferenças, sendo o acesso do imigrante reconhecido como mais difícil em relação ao do brasileiro. Isso também se evidencia por fatores culturais, mas principalmente o idioma se estabelece como importante barreira para a consolidação desta relação, na dimensão simbólica do acesso.

Então a gente faz o essencial e não busca... quando é brasileiro, não, você pergunta, você tem uma facilidade na comunicação você vai mais a fundo e ele você só faz o essencial. Até pra não ter esse problema de ir tão a fundo. Eu acho que fica a desejar. (T1)

Não, eu acho que não. Pela dificuldade deles mesmo de entendimento. Pela dificuldade na língua, na comunicação que a gente tem com eles, eles acabam entendendo uma coisa totalmente diferente daquilo que a gente ta explicando, então isso dificulta o acesso deles à saúde pública, às especialidades. (T9)

Visto a complexidade conceitual quando se fala de acesso, alguns trabalhadores foram contraditórios ao tratarem deste assunto. Entende-se que por estarem inseridos na rotina de trabalho, não é fácil perceber que ações voltadas a promover acesso também podem ser excludentes. Assim, explicando seu ponto de vista, o mesmo trabalhador ao afirmar não haver diferença entre o acesso do brasileiro e do imigrante demonstra que ela existe.

Os bengaleses não tem um perfil de usuário questionador do serviço de saúde. Recebe as condutas e encaminhamentos de forma mais passiva do que o observado nos brasileiros, exceto quanto à administração de medicação injetável em período do ramadã. Não se trata de um usuário que desafia a equipe a se repensar, a ter mudança de postura ou rotina.

O imigrante bengalês aceita o que lhe é oferecido, ainda que isto não resolva sua demanda. Por não tratar-se de um usuário “problema”, tem-se a impressão de que qualquer serviço prestado é o suficiente, que lhe serve. Aparentemente, ele demonstra compreensão de que as condutas tomadas pela equipe foram o máximo que poderia ter sido feito.

Também, a equipe fica com a incipiente sensação de ter realizado um bom atendimento. Incipiente, pois em vários momentos emergem em suas falas que nunca foi feita reflexão sobre o atendimento aos imigrantes. O momento das entrevistas é a primeira vez em que se questiona o acesso dessa população à saúde e se aproxima da visão da equipe frente a este fenômeno.

Considerando tratar-se de uma relação que iniciou-se com estranheza, o encontro imigrante e trabalhador é comentado exaustivamente durante a rotina do trabalho, comentam-se as diferenças culturais e de idioma, comportamentos considerados adequados e os incomuns também. Comentam-se quando o imigrante comparece e quando ele falta também. Enfim, os bengaleses chamam a atenção quando participam da UBS.

Entretanto, seu atendimento nunca foi inserido em pautas de reuniões de equipe, exceto quando recebido a orientação da gestão de que estes usuários não precisariam ser cadastrados nas fichas ou sistema do município. A reunião de equipe faz parte das atribuições da ESF, mas para além de ser mais uma atividade a ser cumprida na rotina, é essencial para reflexão sobre seu processo de trabalho.

Como seria ser questionador quando não se consegue expressar o seu desejo? Como o serviço não se modifica para promover o acesso ao imigrante, em resposta ele precisa se reinventar. Quando o serviço de saúde deixa de ser uma novidade, o idioma passa a ser familiar, o novo país ganha ares de lar, o imigrante mostra o seu expressivo potencial de adaptar-se.

Como demonstração de adaptação eles comparecem à UBS munidos com documentos necessários, com outras pessoas que falam melhor o português, com a sua demanda por escrito, constatam que existem melhores horários para comparecer à UBS e ter sua demanda atendida ou que seja mais rápido.

E também, com intuito de facilitar o seu acesso, os imigrantes acabam adotando comportamentos observados nos brasileiros. Entenderam que certas queixas levam à consulta médica no mesmo dia, que atestado médico substitui a ida ao trabalho, procuram por membros da equipe que sejam mais receptivos ou com quem criou vínculo.

E também, porque eu acho que eles também estão pegando o jeitinho brasileiro, pegando atestado, a tal da manha. Já vem assim: “Ah, porque e não posso trabalhar... Dor barriga.. Dor ombro..” Alguns você vê que é um pouco do jeitinho brasileiro. Mas eu acho que tem diferenças sim. (T6)

Diante de todo contexto adverso vivenciado pelo imigrante ao mudar-se para outro país, no caso dos bengaleses, com toda a diversidade cultural, geográfica, relacionada ao idioma entre tantos outros fatores, o imigrante, ao deixar sua terra natal, traz consigo a capacidade de adaptar-se. Capacidade esta que representa, condição de sobrevivência no ambiente novo, portanto, o imigrante passa a se utilizar de comportamentos observados na sociedade de destino (CONTIPELLI; MENEZES, 2018).

Com justificativas como esta, a equipe passa a naturalizar alguns julgamentos e a desvalorizar algumas queixas do imigrante. Como observado no relato abaixo:

Aí eu falei: eu acho que esse carinha aí só quer atestado, ele não quer ir trabalhar hoje. Daí eu mandei lá pra dentro, pra avaliar ele. Menina, ele tava mau (...) Nossa, até chamou ambulância pro menino, se não me engano. Ele estava respirando mal, tava fraco o batimento e tal. Falei: gente, mas não parecia. Parecia, tipo assim, que ele chegou bem de boa e queria atestado. Daí conversando a gente falou: ta vendo, a gente nunca pode julgar. (T13)

Embora ele trace estratégias de adaptação ainda passa dificuldades. Permanece com sua queixa desvalorizada, apresenta dificuldades de comunicação para expressar toda sua necessidade, desconhecem as potencialidades da atenção

primária, bem como outros pontos de atenção especializada. Entre outras dificuldades, aparentemente o imigrante encara a UBS como um serviço que ele pode usar e não como um direito.

A gente faz o que tem que fazer e pela falta de comunicação fica raso. (T1)

A gente já se sente desconfortável fazendo uma coisa que a gente sabe o que vai acontecer e pra que serve, qual é a finalidade. Agora eles que não entendem, que não sabem o que é, nem o que ta acontecendo, deve ser meio complicado. (T2)

Aí ele foi falar pra mim que ele tava com tosse, mas ele, pra se expressar fez a mímica e fez 'cof cof' e ela falou, "Nossa, ele quer café." E eu disse assim "não, ele tá com tosse". (T9)

Já vi alguns precisarem de colher exame lá no laboratório do centro e não saber nem onde fica e não ter quem traduza : "Olha, é lá". O brasileiro você sabe, você sabe, você explica "Olha, essa rua, sabe tal local?". Se for falar pra eles, eles não sabem nem a língua, quem dirá o local, né? (T11)

Um fator que evidencia as dificuldades é o retorno deste usuário ao serviço com a queixa anterior. Retorna com o mesmo problema, retorna sem ter realizado exames, retorna sem ter ido aos encaminhamentos para outros pontos da rede de atenção à saúde.

As queixas relacionadas à saúde dos imigrantes são frequentemente comuns. Pelas características do trabalho nos frigoríficos, pesado ou por esforço repetitivo, frequentemente suas queixas são de dores osteomusculares. Além de constantes relatos relacionados às vias aéreas superiores, devido às câmaras frias. Em geral também referem dores abdominais.

Sendo assim, essas queixas são comuns aos imigrantes e outros trabalhadores de frigoríficos e pertinentes para acompanhamento na atenção primária, mas podem mascarar um problema que não foi percebido nas observações, apenas a entrevista do médico foi capaz de trazer à tona a questão da saúde mental.

Eles vem com muitas queixas osteomusculares, isso por causa do tipo de trabalho que eles executam nas empresas, trabalho pesado. Mas, uma coisa que me chama atenção é que eles sempre se queixam de tristeza, de solidão, isso nunca vem descrito no processo de triagem, então eles só falam isso no consultório. (T10)

A informação de que o imigrante apresenta relatos de tristeza e solidão no consultório médico é um fator que nos possibilita analisar vários fatores, a começar pelo acolhimento dos bengaleses. O estabelecimento de vínculo é determinante para que o usuário se sinta confortável para externar suas queixas.

Outra questão, é que culturalmente a mulher não ocupa certas posições de destaque na sociedade bengalesa, até mesmo em função da própria religião predominante, o Islã. De acordo com os preceitos do Islã, a mulher se destaca no espaço social de cuidadora do lar e de sua família, não deve estar exposta à visão de outros homens, bem como o homem deve se manter distante de mulheres que não fazem parte do seu ambiente familiar (FERREIRA, 2013).

Então, pode até ser que o imigrante tenha mais confiança e liberdade em sua relação com este profissional por também ser homem. Quando estas hipóteses emergem, evidencia-se de forma ilustrativa a importância de se conhecer melhor os aspectos culturais que envolvem os usuários do serviços de saúde.

Contudo, o ponto chave diante deste contexto é que este usuário vem sofrendo, não está sendo considerado pelo serviço de saúde em que condições de saúde mental os bengaleses estão vivendo. Estão distantes de seus familiares, em um país com aspectos culturais muito diversos dos seus costumes, vivendo em condições sociais ruins, realizando trabalho pesado. Entre outros fatores, ainda tem o compromisso de enviar dinheiro ao seu país para sustento de sua família.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do percurso desta pesquisa constatou-se que o acesso da população de bengaleses aos serviços de atenção primária à saúde de Rolândia, contrariando as proposições da APS, acontece principalmente pela habilidade do imigrante de se adaptar, pelas estratégias encontradas para se fazer entender, ou seja, a partir do enquadramento deste usuário ao perfil preestabelecido de funcionamento do serviço.

Diversas vezes foi questionado o motivo de se construir o seguimento desta pesquisa através do olhar do trabalhador de saúde e não do imigrante. Optou-se por esta vertente, a partir da evidência inicial de que a comunicação com o imigrante bengalês é uma barreira importante nesta relação. Com a dificuldade de comunicação, temeu-se perder a essência da vivência do imigrante no serviço de saúde e assim não ser possível captar a complexidade deste fenômeno.

A partir da pesquisa direcionada aos trabalhadores, pudemos verificar que há divergências trazidas nas próprias falas e também entre as falas e a observação. Os trabalhadores conseguiram representar com profundidade a complexidade que envolve produzir saúde com o imigrante, que para este, o simples ato de atravessar a porta do serviço já configura uma importante barreira.

Conhecer elementos culturais dos imigrantes pode ajudar a compreender comportamentos e instrumentalizar o trabalhador a preferir condutas que se adequem mais a este perfil. Assim, verificar que o imigrante compreendeu as orientações, observar maior adesão a tratamentos e redução de absenteísmo aos atendimentos agendados, por exemplo.

Mesmo com a sensação de que a equipe demonstrou-se mais familiarizada à presença de imigrantes no serviço com o passar dos anos, os imigrantes continuam sofrendo dificuldades relacionadas ao acesso no serviço de atenção primária. Os trabalhadores reconhecem que o imigrante não conhece o funcionamento da APS e que suas diferenças culturais e de idioma dificultam seu acesso à saúde.

Diante deste contexto, a equipe ainda entende que não é necessária qualquer ação diferenciada para a garantia do acesso à saúde desta população. Constatou-se que não são realizadas ações estratégicas ou mudanças para melhorar o atendimento

à saúde para os imigrantes. No caso deste estudo, a APS é organizada conforme interesses da gestão e dos próprios trabalhadores do serviço. Portanto, ao não valorizar a inserção dos bengaleses no serviço, não se organiza para proporcionar acesso à saúde.

Sabe-se que o serviço ser organizado para se adequar principalmente aos objetivos percebidos pela gestão e trabalhadores de saúde, não é um fenômeno vivenciado apenas nesta realidade. Entretanto, ressalta-se a importância de se valorizar os espaços de discussões e reuniões de equipe e participação da população para que as estratégias de organização dos serviços de saúde sejam tão dinâmicas quanto a própria comunidade.

Para o acolhimento dos imigrantes bengaleses, cada trabalhador traçou estratégias para que fosse reduzida a barreira do idioma. São tentativas de comunicar-se por gestos, desenhos, utilização de ferramentas de tradução, enfim, a partir de iniciativas pessoais. Isso faz com que o imigrante seja dependente do interesse pessoal do trabalhador em compreender e se fazer compreender, como quem tem a sorte ou o revés de ser atendido por determinada pessoa.

Entende-se que o acolhimento e o acesso à saúde não deve depender apenas do perfil pessoal de cada profissional ou utilização de ferramentas impessoais de classificação de risco. Frente à migração internacional, com a constante presença de imigrantes de países distintos nos serviços de saúde, sofrendo as mesmas dificuldades em relação ao idioma, fica evidente a importância de se valorizar este fenômeno e preparar a equipe para atuar frente a diferentes populações.

É sabido que mudança e aprendizagem em relação ao processo de trabalho são condições que geram resistência e devem acontecer de forma processual. Neste sentido a Educação Permanente em Saúde, é uma estratégia capaz de gerar mudança ao incorporar a realidade do serviço, não se fala apenas na discussão de casos, mas do próprio contexto vivido e elucidado nesta pesquisa como um problema reconhecido, mas nunca antes trabalhado. A situação dos bengaleses deve estar presente nas construções da equipe para que, de fato, a mudança no acolhimento desta população seja significativa para que os trabalhadores promovam acesso.

Concomitantemente a este movimento de preparo do serviço, também se apresenta como importante estratégia, a instrumentalização do imigrante frente ao

serviço. Alguns estudos mostraram em outros municípios que se faz efetiva a realização de oficinas com os imigrantes para orientação sobre o funcionamento da rede de serviços, parcerias com entidades sociais, confecção de panfletos informativos nos idiomas nativos e até inclusão de imigrantes na equipe de saúde.

Já no caso do enfrentamento da equipe diante de diferenças culturais fica até mais evidente situações de discriminação. O estabelecimento de vínculo requer a compreensão de que o usuário já possui experiências prévias relacionadas à saúde. Muitas vezes, o trabalhador trouxe nas entrevistas o desconforto do imigrante frente a conduta da equipe, houve resistência, recusa. Não conhecer a complexidade do outro faz com que seja mais fácil se afastar.

A evasão do imigrante do serviço tem muito a dizer, mas muitas vezes é interpretada como insolência e falta de reconhecimento ou mesmo pela concepção de saúde não como um direito universal e sim uma benesse, um favor que lhe está sendo prestado. A equipe não se prepara para acolher a diferença cultural e ainda espera que estas diferenças sejam suprimidas, que o imigrante esteja disposto a aceitar o que lhe é proposto pelas rotinas vigentes.

Não é fácil para a equipe, dentro de todas as suas atribuições, prioridades e condições de trabalho, reconhecer situações rotineiras como problemas e com isso repensar seu trabalho. Pelo contrário, é uma tarefa árdua e até mesmo irreal, sobretudo num contexto em que nem a gestão percebe a comunidade de imigrantes bengaleses como prioridade para direcionamento de ações.

Neste momento de reformulação da PNAB, esta reflexão explicita ainda mais a importância do usuário ser o protagonista frente à organização dos serviços de saúde. As características da população adscrita e mapeamento do território fortalecem o potencial estratégico das ações em saúde. Traz-se à luz, a participação do agente comunitário de saúde como ator fundamental para identificação de características do território. Entretanto, mantinha-se uma rotina de não realizar cadastros e visitas de rotina aos imigrantes por dificuldade de comunicação, evidenciando-se a contradição em identificar-se uma população em situação de vulnerabilidade e deliberadamente manter sua exclusão.

No atual contexto político nacional, com destaque para o desmonte do setor público e opinião popular polarizada, parece distante pensar que a saúde vai se

manter como direito, que a atenção primária vai preparar seus profissionais, permitir acesso à população e, independentemente de suas características reconhecê-la. Pela imersão no contexto histórico de lutas pelo SUS: de onde nasceu, como evoluiu e com o que vemos diariamente na vivência do serviço, é possível acreditar em um SUS universal, mas a luta é árdua.

Espera-se que este trabalho possa auxiliar na compreensão da complexidade dos diversos aspectos que envolvem a relação entre os imigrantes bengaleses e os trabalhadores da atenção primária. Espera-se, também, que contribua com a qualidade da atenção à saúde e que a valorização desta temática favoreça a formulação de estratégias, bem como políticas públicas de saúde direcionadas às populações imigrantes.

8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.; SOUSA, M. **A proteção interna do imigrante ilegal: garantia e efetividade dos direitos humanos no Brasil.** [S.l]: 2014. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=89dddcb3bee5793>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

ASSIS, M.M.A; JESUS, L.A.W. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciência & Saúde Coletiva, p. 2865-2875, 2012

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROTEÍNA ANIMAL, **(ABPA)**. Orienta a Técnica de Abate Halal. Disponível em: < <http://abpa-br.com.br/setores/avicultura/mercado-externo/a-tecnica-de-abate-halal>> Acesso em 20 nov. 2017.

CONTIPELLI, E.; MENEZES, D. F. N. **O Conceito de Migração Ambiental: Perspectivas sobre dignidade humana e economia solidária.** In: Migrações Sul-Sul. NEPPO/UNICAMP. 2 ed. 2018.

BADUY, R. S. et al. O Trabalho em Saúde. In: ANDRADE, S.M. et al. **Bases em Saúde Coletiva.** Londrina: EDUEL, 2017

BARATA, R.B; WERNECK, G.L. Doenças emergentes e reemergentes. Cap. 12. In: Rouquayrol, MZ; Silva, MGC. **Epidemiologia & Saúde.** Guanabara Koogan: 2005.

BASTOS, J. L; FAERSTEIN, E. **Discriminação e Saúde: perspectivas e métodos.** Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2012. p. 12.112 p.

BETTIOL LANZA, L. M. et al. **Imigração, território e as políticas de seguridade social. Disponível em:** <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/13263>> Acesso em 30 mar. 2018.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em: 30 mar. 2018.

BRASIL, Presidência da República. Casa civil. **Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm> Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL, Presidência da República. Casa civil. **Decreto Nº 9.199, de 20 de novembro de 2017**. Regulamenta a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que institui a Lei de Migração. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9199.htm> Acesso em: 12 de dez. 2017.

BRASIL, **Portaria 2436 22 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>> Acesso em: 15 set. 2017

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Organização Internacional para as Migrações. **Perfil migratório no Brasil 2009**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Rolândia**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/5T1>> Acesso em: 03 jan. 2017

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, 2010: Resultados gerais da amostra**. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2016

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do censo demográfico 2010**. – Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 156 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Autorizações concedidas a estrangeiros, Relatório Trimestral (Julho a Setembro): 2015**. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho e Previdência Social. Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: 2015

BRASIL. **Sistema de refúgio brasileiro: desafios e perspectivas**. Ministério da Justiça. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/justicagovbr/sistema-de-refugio-brasileiro-balano-at-abril-de-2016>> Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

CÁRITAS DE LONDRINA. Apresenta o trabalho da Cáritas e traz os imigrantes haitianos e bengaleses como destaque de população imigrante atendida. Disponível em: <<http://www.caritalondrina.com.br/quemsomos>> Acesso em 30 mar. 2018.

COHN, et al., **A Saúde Como Direito e como Serviço**. 7ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 1991. Disponível em: <http://www.cortezeditora.com/Algumas_paginas/Saude_como_direito_e_como_servico.pdf> Acesso em: 10 set. 2017.

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO. **Discutindo a nova Lei de Migração**. 19 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.dpu.def.br/noticias-sao-paulo/155-noticias-sp-slideshow/40583-dpu-alerta-para-problemas-na-regulamentacao-da-lei-de-migracao>> Acesso em: 28 fev. 2018.

DIAS, S. et al., Procura de Cuidados e Acesso aos Serviços de Saúde em Comunidades Imigrantes: Um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. **Arq Med**, Porto, v. 24, n. 6, p. 253-259, dez. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132010000600002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In: Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos** [documento eletrônico]/ Associação Brasileira da Rede Unida. Porto Alegre: Rede Unida, 2013

GIL, C. R. R. et al. Gestão da Educação na Saúde: os desafios do SUS. In: ANDRADE, S.M. et al. **Bases em Saúde Coletiva**. Londrina: EDUEL, 2017.

GIOVANELLA, L. FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.

GIOVANELLA, I. e MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L. (Org.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. P. 575-626

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

IOM. **Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy**. Geneva: International Organization for Migration, 2008.

JORNAL DA GAZETA. Imigrantes de Bangladesh procuram refúgio no Brasil. **Youtube**. 24 mar. 2014. 3min53s. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Pls16vBIJx4&t=16s>>. Acesso em: 06 jul. 2017

MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. **Acesso à Saúde e Migrações Internacionais – Os Bolivianos na Cidade de São Paulo**. XXXV Encontro da ANPAD. Setembro 2011.

MARTES, A.C.B.; SPRANDEL, M.A. **Mercosul e as migrações: os movimentos nas fronteiras e a construção de políticas públicas nacionais de imigração**. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2008.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. **Rev. Econ. Polit.**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 119-136, Mar. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572006000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Fev. 2018.

Mendes-Gonçalves R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: **Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde**, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR, 1 – Série Textos). Disponível em: <<https://docslide.com.br/documents/mendes-goncalves-praticas-de-saude-processos-de-trabalho-e-necessidades.htm>> Acesso em: 08 Fev. 2018

MENESES, Consuelo Sampaio et al., O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2013-2024, June 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002602013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2017.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, E.E. **Salud**: cartografia do trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar editorial, 2006.

MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud colect**, La Plata, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MERHY E. E., FRANCO T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**. 2003; 27(65):316-323

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO M.C.S. et al. (Orgs.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

NIPORT (National Institute of Population Research and Training), Mitra and Associates, and ICF International. **Bangladesh Demographic and Health Survey 2014**. Dhaka, Bangladesh. 2016.

NOGUEIRA, R. P. A Força de Trabalho em Saúde. In: Textos de Apoio. Planejamento I – **Recursos Humanos em Saúde. Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública (PEC/ENSP)**. ABRASCO. Rio de Janeiro, 1987

NOGUEIRA, R. P. Relações de Trabalho no Setor Saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A., and MOREIRA, M. C. G. B., orgs. Saúde, trabalho e formação profissional [online]. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 1997. 138 p. ISBN 85-85471-04-2. Disponível em: SciELO Books .

OLIVEIRA, A. T. R. **Revista brasileira de Estatísticas e Populações**, Belo Horizonte, v.34, n.1, p.171-179, jan./abr. 2017

Organização Internacional para as Migrações. **Informe sobre las migraciones en el mundo 2013** – el bienestar de los migrantes y el desarrollo. Disponível em: <http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&cPath=37&products_id=1019&zenid=3piouecbtuhq3lm9ol43qllvc4> Acesso em 21 dez. 2016. Organization of United Nations. **International Migration and development. Sixty-eighth session Item 21 (e) of the provisional agenda**. Globalization and interdependence. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/migration/ga/SG_Report_A_68_190.pdf> Acesso em: 21 dez. 2016

PEDUZZI, M. **Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde**. Trabalho, Educação e Saúde. 2002;1(1) :75-91.

Prefeitura do Município de Rolândia. **História de Rolândia**. Disponível em: <http://www.rolandia.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=199&Itemid=75> Acesso em: 28 fev. 2018

Revista SUR 23 - v.13 n.23. **As novas migrações** pág. 17 - 28 | 2016 - Catherine Wihtol de Wenden

SILVA, L. C. T. et al. Estratégia Saúde da Família e Território: percepção dos trabalhadores da atenção básica em saúde. **Atas – Investigação Qualitativa em Saúde**. CIAIQ. 2016 v.2

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. **Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.869-883, 2014

TRAVASSOS, C. e CASTRO, M. S. M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: GIOVANELLA, L. (Org.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215-243

TRIVIÑOS, A.N.S. Pesquisa qualitativa. In: TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987, p.116-175.

VENTURA, D. F. L. Entrevista “**Regulamento da lei da migração é uma catástrofe, diz especialista**” Disponível em:
<https://www.cartacapital.com.br/politica/regulamento-da-lei-da-migracao-e-uma-catastrofe-diz-especialista>. Acesso em: 26 dez. 2017.

VIEGAS, A.P.B; CARMO, R.F; LUZ, Z.M.P. **Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100100&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO COTIDIANO DO TRABALHO NA UBS

Registro da observação em um caderno de campo

1. Observar como os profissionais lidam com a presença do imigrante na UBS;
2. Observar como são conduzidos os imigrantes para resolução da sua demanda ao serviço de saúde;
3. Observar situações que envolvem interação entre os profissionais da UBS e os imigrantes;
4. Observar se há manifestação de desrespeito na relação entre os profissionais e os imigrantes e como se manifestam;
5. Observar se existem estratégias para acolher o imigrante e como acontecem;
6. Observar como acontece a comunicação entre os profissionais e os imigrantes.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA UBS

ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS IMIGRANTES BENGALESES NO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa Acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde pelos imigrantes bengaleses no município de Rolândia, a ser realizada em Rolândia. O objetivo da pesquisa é o de analisar como acontece o acesso dos imigrantes bengaleses aos serviços de Atenção Primária à Saúde, buscando compreender como acontece o acesso da população imigrante aos serviços de saúde na percepção da equipe. Visa, também, compreender as fragilidades deste processo, bem como contribuir para melhoria do atendimento da população imigrante. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: Entrevistas com perguntas relacionadas ao seu trabalho e percepções sobre o processo de trabalho, a entrevista será registrada em gravador de áudio.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Reitero que os registros gravados em áudio serão destruídos ao término da pesquisa. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados dizem respeito à contribuição dada para ampliar o conhecimento sobre os caminhos traçados pelo imigrante bengalês na atenção primária do SUS, bem como promover a reflexão acerca de estratégias para maior promoção de saúde para esta população.

Quanto aos riscos, não há riscos para a sua participação, visto que todo o conteúdo das gravações serão tratados com sigilo e posteriormente destruídos.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar através do endereço: Rua Paranaguá, 689 Ap. 44; telefones: (43) 99926-5356 ou (43) 3354-4047; e-mail: karlygarcia@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Rolândia, ___ de _____ de 2017.

Pesquisador Responsável

RG:43507400-3

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE C

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1. Você se sente preparado para atender uma população com crença, cultura e valores tão diferentes?
2. Você acha que eles tem o mesmo acesso que os brasileiros? Por que?
3. O que você acha que os bengaleses representam para o serviço de saúde?
4. Como a UBS se organiza para proporcionar acesso aos serviços ofertados para os imigrantes bengaleses?
5. Quais são as estratégias utilizadas para acolhimento dessa população?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBSERVAÇÃO
DIRETA DO COTIDIANO DA UBS

Eu, Karly Garcia Delamuta, aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da professora doutora Fernanda de Freitas Mendonça, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: Acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde pelos imigrantes bengaleses no município de Rolândia.

O objetivo deste estudo é o de analisar como acontece o acesso dos imigrantes bengaleses aos serviços de Atenção Primária à Saúde, buscando compreender como acontece o acesso da população imigrante aos serviços de saúde na percepção da equipe. Visa, também, compreender as fragilidades deste processo, bem como contribuir para melhoria do atendimento da população imigrante.

Assim, gostaria de contar com a sua autorização nesta fase da pesquisa – observação direta - permitindo-me observar e acompanhar o cotidiano de trabalho da UBS. Asseguro-lhe o caráter científico desta investigação, e o esclarecimento de quaisquer dúvidas a respeito de seu desenvolvimento, antes e durante o curso da pesquisa. Sua participação é estritamente voluntária, sendo-lhe permitido recusar a participar ou retirar este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal ou institucional. Também lhe é garantido que as observações realizadas em seu ambiente de trabalho serão identificadas por códigos, sendo que, no conjunto da análise, a observação não será identificada nominalmente, e os registros decorrentes da observação serão destruídos após a análise. Sua autorização não lhe causará nenhum dano ou qualquer custo financeiro a você ou à equipe. Os benefícios relacionados à sua participação dizem respeito à contribuição dada para ampliar o conhecimento sobre os caminhos traçados pelo imigrante bengalês na atenção primária do SUS, bem como promover a reflexão acerca de estratégias para maior promoção de saúde para esta população.

Em caso de dúvidas, você pode esclarecê-las com a pesquisadora Karly Garcia Delamuta pelos telefones: (43) 99926-5358 e (43) 33544047.

Atenciosamente,
Karly Garcia Delamuta

Eu, _____ aceito que a observação seja realizada no meu local de trabalho, em data previamente agendada e estou ciente de que os resultados serão tratados sigilosamente e que, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Rolândia, _____ de _____ de 2017

Assinatura

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Londrina, 23 de janeiro de 2017

Ilma. Sra. Secretária de Saúde do Município de Rolândia

Prezada Senhora:

Eu, Karly Garcia Delamuta, aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, estou realizando a pesquisa intitulada: Acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde pelos imigrantes bengaleses no município de Rolândia.

O objetivo deste estudo é o de analisar como acontece o acesso dos imigrantes bengaleses aos serviços de Atenção Primária à Saúde, buscando compreender o acesso da população imigrante aos serviços de saúde na percepção da equipe. Visa, também, compreender as fragilidades deste processo, bem como contribuir para melhoria do atendimento da população imigrante.

Para que a pesquisa possa ser desenvolvida, solicitamos sua autorização para coletar os dados junto aos profissionais que compõem equipes de saúde do município.

Informamos que não haverá custos para a instituição e não iremos interferir na operacionalização ou nas atividades cotidianas da mesma. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição do comitê de ética em pesquisa para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Em caso de dúvidas, estarei à disposição para esclarecê-la pelos telefones (43) 99926-5358 e (43) 3354-4047.

Atenciosamente,

Karly Garcia Delamuta

Pesquisadora
 Prefeitura Municipal de Rolândia
 Secretaria de Saúde

Ciente e de acordo: _____

Rosana Alves da Silva

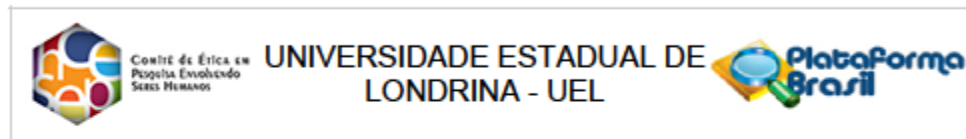
Secretária Municipal de Saúde de Rolândia

Assinatura: _____

Rosana Alves da Silva

27/01/2017

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS IMIGRANTES BENGALESES NO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA

Pesquisador: Karly Garcia Delamuta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65003717.6.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.951.419

Apresentação do Projeto:**Resumo:**

O processo migratório é um tema extremamente complexo tendo em vista as questões políticas, sociais e econômicas. Do ponto de vista social faz-se necessário que o olhar direcionado às populações imigrantes, visto que, configura em uma ação com implicações para a saúde das populações, tanto dos migrantes quanto das comunidades para as quais eles se dirigem. A Constituição Federal brasileira, assegura acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Sendo assim, qualquer pessoa, independentemente de sua nacionalidade, tem direito à atenção integral a saúde em todo território do Brasil. Apesar do aumento da cobertura dos serviços de APS, ainda hoje existem limites no que se refere ao acesso à saúde. Sobretudo, de populações de outros países. Diante disso, o objetivo do estudo será analisar o acesso dos imigrantes bengaleses aos serviços de Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que será realizado no município de Rolândia. Localidade que conta com uma população expressiva de migrantes bengaleses. A pesquisa será desenvolvida em uma unidade básica de saúde do referido município e, os dados serão coletados por meio de observação participante da pesquisadora principal e entrevista com os trabalhadores da unidade. Os dados serão analisados por meio de análise de discurso, sendo que, estas pesquisas seguem as

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR **Município:** LONDRINA **CEP:** 86.057-970
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.951.419

recomendações éticas de acordo com a resolução 466/12. Espera-se, com essa pesquisa, compreender e descrever a complexidade dos diversos aspectos que envolvem o acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes bengaleses. Espera-se, também, que a reflexão acerca dos resultados permita contribuir com a qualidade da atenção à saúde e que a valorização desta temática favoreça a formulação de estratégias, bem como políticas públicas de saúde direcionadas às populações imigrantes.

Critério de Inclusão:

Todos os profissionais que atuam na UBS Santiago de Rolândia

Critério de Exclusão:

Profissionais que forem admitidos há menos de um mês da coleta de dados.

Hipótese:

- Os imigrantes bengaleses não tem suas necessidades de saúde reconhecidas para instrumentalização do trabalho da equipe de saúde;- Devido a diversidade cultural e dificuldades em relação à língua portuguesa, os bengaleses não tem acesso integral à saúde;- Não existem estratégias para acolhimento e acesso da população bengalesa;- Quando acolhidos, os bengaleses são conduzidos apenas em relação a queixas pontuais;- A representação social dos bengaleses prejudica sua inclusão nos serviços de saúde (preconceito, imigração ilegal);- Os bengaleses não conhecem seu direito a atenção à saúde e por isso são conduzidos de forma menos protocolar que os brasileiros dentro do sistema de saúde;

Metodologia proposta (resumo):

Para a coleta dos dados, o local a ser trabalhado será a UBS em que a pesquisadora realiza seu trabalho enquanto enfermeira servidora municipal de saúde. Participarão do estudo, todos os trabalhadores lotados na referida UBS: auxiliares administrativos, agentes comunitários de saúde, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, enfermeira, médicos e auxiliares de serviços gerais. A coleta de dados será realizada sob duas perspectivas. Observação participante da rotina de uma unidade básica de saúde e entrevistas semiestruturadas com trabalhadores que, devido sua rotina de trabalho, se relacionam com a população imigrante. A observação participante será realizada na UBS, durante período de 1 mês, após autorização da coordenação (Anexo 1) e, será direcionada por roteiro para condução de sua sistematização (Apêndice 1). Esta abordagem objetiva observar como acontece o acesso dos imigrantes e sua passagem dentro do serviço de saúde. Estas

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

Município: LONDRINA

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.951.419

observações serão registradas em diário de campo e posteriormente digitadas para a condução da análise. Também serão realizadas entrevistas com os trabalhadores lotados nesta unidade de saúde e identificados no processo de observação enquanto interlocutores para o acesso do imigrante bengalês ao serviço de saúde. Os trabalhadores selecionados para o momento da entrevista serão convidados e, após aceite, a entrevista será realizada com a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). A condução das entrevistas será norteada por roteiro semi estruturado (Apêndice 3), amparado com questões que visam abordar as percepções dos trabalhadores da UBS quanto ao seu processo de trabalho e da relação com o imigrante. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o acesso dos imigrantes bengaleses aos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Objetivo Secundário:

- Analisar como a UBS se organiza para proporcionar acesso à saúde para a população de bengaleses;
- Conhecer quais as tecnologias utilizadas para construção de vínculo e acolhimento dessa população;
- Identificar como a equipe de saúde se prepara para atender uma população com crença, cultura e valores diferentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos serão mínimos, visto que, os participantes do estudo serão entrevistados e será garantido o sigilo e o anonimato das informações.

Benefícios:

Espera-se, com essa pesquisa, compreender e descrever a complexidade dos diversos aspectos que envolvem o acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes bengaleses. Espera-se, também, que a reflexão acerca dos resultados permita contribuir com a qualidade da atenção à saúde e que a valorização desta temática favoreça a formulação de estratégias, bem como políticas públicas de saúde direcionadas às populações imigrantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou os seguintes termos:

- a) Folha de rosto para pesquisa com seres humanos;

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

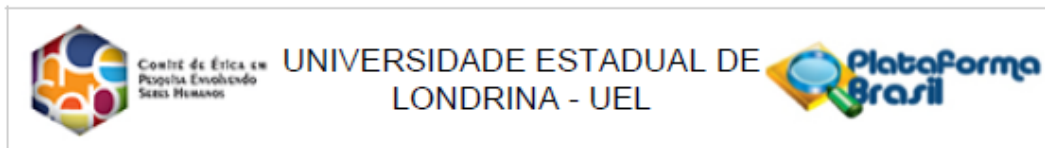
UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

Município: LONDRINA

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.951.419

- b)TCLE em forma de convite;
c)Autorização da unidade coparticipante.

Recomendações:

Não há considerando a forma como o trabalho está apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Vota-se pela aprovação do projeto.

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_861608.pdf	20/02/2017 18:23:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/02/2017 18:22:58	Karly Garcia Delamuta	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.docx	20/02/2017 18:22:10	Karly Garcia Delamuta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo.jpg	03/02/2017 11:22:13	Karly Garcia Delamuta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Karly_0302.docx	03/02/2017 11:21:33	Karly Garcia Delamuta	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 07 de Março de 2017

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br