



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA EM PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANA BEATRIZ OLIVEIRA COSTA

**RASTREAMENTO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ACOLHIMENTO A
PUÉRPERA MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BOA VISTA-RR

2022

ANA BEATRIZ OLIVEIRA COSTA

**RASTREAMENTO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ACOLHIMENTO A
PUÉRPERA MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Linha de Pesquisa: “Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde”. Área de Concentração: Modelos de Atenção e Vigilâncias em Saúde.

Orientador: Prof.º Dr. Paulo Sérgio da Silva

BOA VISTA-RR

2022

Sê valente, sê valente, sem medo.
(Marcos Almeida)

AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento sempre será à **Deus**, por me sustentar, e ser sempre o meu amparo durante todos os momentos.

A minha família por ser o meu incentivo a continuar os estudos, meu pai **Charles Ferreira** que sempre falou sobre a importância dos estudos para o meu futuro, a minha mãe **Suelma Oliveira** meu exemplo na vida acadêmica, a minha irmã **Tarcila Oliveira** por dizer que eu sou um orgulho para ela, e a minha sobrinha **Sophie Oliveira** por minha companheira. Ao meu amor **Osmar Oliveira**, que aguentou e ouviu meus desabafos durante a construção da minha dissertação, obrigada pelo apoio.

A todos os meus amigos que me apoiaram e incentivaram a concluir o mestrado, em especial as **absolutas** que compartilham comigo da mesma realidade e profissão, a **Andreia Formiga** que vivenciou todo o processo me motivando com suas palavras de ânimo, e a **Sarah Martins** que sempre acreditou no meu potencial dizendo “você é e sempre será o sol, o cérebro mais lindo”.

Aos meus **colegas de turma** que sempre torceram uns pelos outros a cada etapa do programa de pós-graduação.

Ao meu orientador, **Paulo Sergio**, que sempre buscou da melhor forma possível transmitir os seus conhecimentos, para que eu pudesse concluir a minha dissertação, posso dizer que essa jornada teve muita “paz e luz”, obrigada.

Aos **professores do PROCISA**, que durante os módulos ofertados transmitiram os seus conhecimentos, contribuindo para a minha formação e caminhada na área da Ciências da Saúde.

RESUMO

A APS é organizada como o primeiro nível de atenção à saúde, e espera-se que seja a porta de entrada no SUS e a principal ordenadora da RAS, composta por uma equipe multidisciplinar atuantes em UBS, que constituem por ser o primeiro contato da migrante venezuelana em estado puerperal com as redes de saúde. O presente estudo possui como objetivos, identificar as práticas assistenciais de acolhimento prestadas pela equipe mínima das UBS junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, rastrear os fatores que interferem no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das UBS junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, propor um produto de editoração representado por um capítulo de livro com caráter educativo-assistencial direcionados para os profissionais da equipe mínima das unidades básicas de saúde, e propor um material didático caracterizado como guia educativo-assistencial para as migrantes venezuelanas em estado puerperal a partir das ações de cuidar identificadas nas unidades básicas de saúde. O referencial teórico divide-se em três tópicos, sendo eles, em busca de fundamentos para pensar o acolhimento no campo da saúde coletiva, assistência multiprofissional à mulher em estado puerperal: caracterizações contextualizadas com a atenção primária à saúde, e saúde no contexto das migrações: abordagens conceituais sobre a mulher migrante. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de caráter qualitativo, realizado em tem UBS, com 46 participantes de 10 equipe da ESF, por meio de uma entrevista gravada com auxílio de um roteiro semiestruturado, sendo realizado análise de conteúdo Bardin, utilizando quadros categóricos para representar os resultados. Os resultados mostram que os profissionais realizam práticas compreendidas como acolhedoras por meio da visita domiciliar, escuta qualificada e orientações em saúde. Foi identificado ainda que há fatores que interferem na realização de práticas assistenciais, sendo eles o idioma envolvendo a comunicação entre o profissional-paciente, e a pandemia pelo SARS-CoV-2 juntamente com o isolamento social. Este trabalho pode avaliar os aspectos envolvidos durante a realização da assistência à mulher migrante no estado puerperal, pela equipe mínima da ESF, e no fim foi-se comparado os achados com as literaturas, visando a contribuição para a assistência da migrante puérpera durante o período puerperal através da criação de um capítulo de livro direcionado para orientações voltadas aos profissionais da ESF, e a elaboração de um guia educativo na língua espanhola para as puérperas migrantes venezuelanas. Como limitações tivemos a recusa pelos profissionais, a pandemia e o fato de não ser realizado em todas as UBS do município de Boa Vista. Espera-se que posteriormente o presente estudo possa incentivar a criação de uma linha investigativa-assistencial considerando outros povos migrantes em região de fronteira, para assim singularizar a assistência de acolhimento à mulher migrante no período puerperal junto ao SUS.

Palavras-chave: Acolhimento. Migrantes. Puerpério. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The PHC is organized as the first level of health care, and it is expected to be the gateway to the SUS and the main organizer of the RAS, composed of a multidisciplinary team working in UBS, which are the first contact of the migrant. Venezuelan woman in a puerperal state with health networks. The present study has as objectives, to identify the care practices of reception provided by the minimum team of the UBS with the Venezuelan migrants in puerperal state, to track the factors that interfere in the development of welcoming care practices by the minimum team of the UBS with the Venezuelan migrants in the puerperal state. , to propose a publishing product represented by a book chapter with an educational-care character aimed at professionals from the minimum team of basic health units, and to propose a didactic material characterized as an educational-care guide for Venezuelan migrants in the puerperal state from of care actions identified in basic health units. The theoretical framework is divided into three topics, which are, in search of foundations to think about reception in the field of collective health, multiprofessional care for women in the puerperal state: contextualized characterizations with primary health care, and health in the context of migrations : conceptual approaches to migrant women. This is a descriptive-exploratory study of a qualitative nature, carried out in a UBS, with 46 participants from 10 FHS teams, through a recorded interview with the aid of a semi-structured script, with Bardin content analysis being carried out, using categorical tables. to represent the results. The results show that professionals carry out practices understood as welcoming through home visits, qualified listening and health guidelines. It was also identified that there are factors that interfere with the performance of care practices, being the language involving communication between the professional-patient, and the SARS-CoV-2 pandemic along with social isolation. This work can evaluate the aspects involved during the assistance to migrant women in the puerperal state, by the minimum team of the ESF, and in the end the findings were compared with the literature, aiming at the contribution to the assistance of the puerperal migrant during the period postpartum care through the creation of a book chapter aimed at guidelines aimed at FHS professionals, and the elaboration of an educational guide in Spanish for Venezuelan migrant puerperal women. As limitations, we had the refusal by the professionals, the pandemic and the fact that it was not carried out in all UBS in the municipality of Boa Vista. It is hoped that later the present study can encourage the creation of an investigative-assistance line considering other migrant peoples in the border region, in order to singularize the reception assistance to migrant women in the puerperal period with the SUS.

Keywords: User Embrace. Migrants. Postpartum Period. Women's Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP-UFRR	Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Roraima
ESF	Estratégia e Saúde da Família
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PSSI	Primeira Semana de Saúde Integral
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo Internacional das Nações Unidas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro Esquemático 1-	Visita domiciliar como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021.....	32
Quadro Esquemático 2-	Escuta qualificada como atitude acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021.....	36
Quadro Esquemático 3-	Orientação em saúde como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021.....	40
Quadro Esquemático 4-	Interferência do idioma no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, Boa Vista, 2021.....	46
Quadro Esquemático 5-	Interferência da pandemia no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, Boa Vista, 2021.....	51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVOS.....	14
1.2	PROBLEMAS.....	14
1.3	PRESSUPOSTOS.....	15
1.4	JUSTIFICATIVA	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	EM BUSCA DE FUNDAMENTOS PARA PENSAR O ACOLHIMENTO NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA.....	16
2.2	ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL À MULHER EM ESTADO PUERPERAL: CARACTERIZAÇÕES CONTEXTUALIZADAS COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
2.3	SAÚDE NO CONTEXTO DAS MIGRAÇÕES: ABORDAGENS CONCEITUAIS SOBRE A MULHER MIGRANTE.....	24
3	METODOLOGIA	28
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	28
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	28
3.3	GRUPO SOCIAL	29
3.4	ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO.....	29
3.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	30
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	30
3.7	PROPOSTA DE PRODUTO TÉCNICO.....	31
4	RESULTADOS	32
5	DISCUSSÃO	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICES	74
	APÊNDICE A: ROTEIRO DA ENTREVISTA	74
	APÊNDICE B: PRIMEIRO PRODUTO	75
	APÊNDICE C: SEGUNDO PRODUTO	85
	ANEXOS	86
	ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA	86
	ANEXO B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	88
	ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é patrimônio nacional, administrado pelo Estado, que assegura a entrada de toda população a assistência aos serviços de saúde. Criado por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, onde o Brasil passou a ser o maior país no mundo a dispor de um sistema de saúde público, tendo a universalidade, equidade e integralidade como princípios doutrinários (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

Com o decorrer dos anos, o SUS e a saúde passaram por algumas situações em consequência das transições. A fim de que se restabeleça a coerência entre ambos, foi implantado em 2004 as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de organizar em sistemas integrados a atenção à saúde para que seja efetivo, eficaz, seguro, de qualidade e com equidade (BRASIL, 2015; MENDES, 2011).

A RAS é conceituada como arranjos organizativos de serviços e ações em saúde, de distintas dimensões tecnológicas, que incorporada através de sistemas de suporte lógico, de gestão e técnico, procuram assegurar o cuidado integral à população. A implantação desta rede propõe radicais alterações na lógica de atenção à saúde adotada pelo SUS e mostra a urgência em implantar novos modelos assistenciais, essa inovação tem repercutido de maneira positiva no modo de vida dos usuários e seus familiares, assegurando a assistência contínua e integralizada, promovendo uma melhor aceitação ao tratamento e prevenção de futuros agravos ou eventos adversos (BRASIL, 2015; MENDES, 2011; TORRES, et al., 2020).

Nesse contexto, a atenção primária à saúde (APS) é conhecida como uma chave estratégica da RAS por estar inserida no território mediante um modelo organizacional incorporado em redes de atenção ordenadas. Estudos apontam que sistemas de saúde que possuem como base uma APS forte apresentam resultados melhores, baixas taxas de hospitalizações desnecessárias, menos despesas com saúde e maior equidade (OPAS, 2018).

A APS é organizada como o primeiro nível de atenção e a porta de entrada no SUS sendo formada por uma equipe multidisciplinar que assiste toda a comunidade, promovendo integração, sistematizando a assistência, e assistindo as necessidades em saúde (BRASIL, 2010). Em linhas gerais seu funcionamento com qualidade essencialmente é decorrente da focalização na família, orientação comunitária, primeiro contato com a pessoa, assistência longitudinal, coordenada e integral (BRASIL, 2015).

Com essas dimensões contextuais é possível afirmar que o contato mais próximo que a população em geral apresenta com a saúde, e aqui, coloca-se em destaque os migrantes, é por meio da APS. As unidades básicas de saúde (UBS) são espaços capazes de proporcionar o

suporte aos migrantes, tendo em vista a diferença linguística e cultural (STEFFENS; MARTINS, 2016).

Aqui, o migrante é entendido como a pessoa que se desloca de seu local cotidiano, sua moradia ou região de nascimento para outra região, ou até mesmo outro país. O êxodo migratório é apontado como evento que transforma as particularidades fundamentais no mundo contemporâneo, sendo capaz de plantar harmonia ou discriminação (IDMH, 2014; MARQUES; LEAL, 2017).

O evento migratório não é apenas um sinônimo para o encontro entre as culturas, pois gera um ajuste social e psicológico à cultura que irá acolher esse indivíduo, a um ambiente novo, inexplorado ou hostil (RAMOS, 2012).

O fluxo migratório tende a aumentar de forma proporcional ao crescimento populacional. Isso porque as conjunturas, seja financeira, governamental ou cultural, são ocasiões de grande impulso para migração (MARQUES; LEAL, 2017). Nesse cenário, a migração pode ser vista por meio dos determinantes sociais de saúde, representada por seus fatores de riscos, que são: xenofobia e racismo, direitos restritos e exclusão social, condições de trabalhos insalubres, baixa remuneração e dificuldade de entrada nos serviços de saúde. Nesse sentido, é preciso examinar as condições de saúde dos migrantes e compreender a função da medicina das migrações (MARTINO; RANGEL, 2019).

Análises desafiadoras no âmbito da saúde coletiva, pois se sabe (im) precisamente que os eventos migratórios podem impactar na dinâmica dos serviços de saúde do país que acolhe o migrante (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013). Exemplo disso é evidenciado pelos elementos qualificadores de superlotação dos serviços primários à saúde, sobrecarga dos profissionais de saúde devido a crescente busca por cuidados pela população migrante, e especificamente no caso dos migrantes venezuelanos, a incompreensão das políticas de saúde do Brasil (SILVA; ARRUDA-BARBOSA, 2020).

Estudos recentes também trazem outra perspectiva a respeito dos impactos gerados pelo processo migratório, apontando que os migrantes mais colaboram para a economia das sociedades que realizam o acolhimento, do que geram despesas (BARRETO; FERKO; RODRIGUES, 2020).

O acolhimento da população migrante é de responsabilidade do Estado, através da criação de políticas públicas, sanando problemas e implementando ações e medidas que promovem uma melhor assistência à saúde. Uma vez que no território brasileiro, incluindo os migrantes internacionais, os cidadãos através da legislação possuem o direito à saúde (BARRETO; FERKO; RODRIGUES, 2020).

O estado de Roraima passou a vivenciar o movimento de indivíduos de origem venezuelana, com a grande saída de pessoas do país localizado no sul da América devido à conjuntura instalada nos últimos tempos naquele território (SILVA; SOUSA, 2018). E Boa Vista foi o município utilizado como destino para parte desta população em consequência de um dos piores conflitos humanitários, econômicos, governamental e social venezuelano, o país não é mais um lugar que possa se viver em paz, afetando a vida de quem vive nesse território, despertando a busca pela melhoria de vida de parte de sua população em outro país (MARQUES; LEAL, 2017).

Dados do Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas (UNICEF) (2019) abordam que entre 2015 e maio de 2019, o Brasil contabilizou mais de 178 mil requerimentos de refúgio e moradia provisória principalmente ao norte do País, em Roraima, concentrando-se nos municípios de Boa Vista e Pacaraima. Roraima é o estado do Brasil com o menor quantitativo populacional e com menor participação no Produto Interno Bruto (PIB) nacional, e em 2017 evidenciou-se a ausência de estrutura local para receber, amparar e proporcionar o ingresso no mercado de trabalho a esses migrantes venezuelanos; caracterizando um cenário desafiador, principalmente pela situação de vulnerabilidade de muitos migrantes (MILESI; COURRY; ROVERY, 2018).

Dentre os grupos de maior vulnerabilidade social no contexto das migrações venezuelanas destacam-se as mulheres no interior de suas famílias, que tendem a serem mais afetadas pelas dificuldades de adaptação, por serem consideradas frágeis quando expostas à discriminação e eventos adversos enfrentados no processo migratório (TOPA; NEVES; NOGUEIRA et al., 2013).

A mulher migrante, além da condição vulnerável por ser mulher, depara também um obstáculo pela vulnerabilidade do indivíduo migrante, delimitado a um estado de não ser nacional de acordo com o modelo político-jurídico do Estado Nacional e, logo, considerado um não sujeito (BERTOLDO, 2018).

Bertoldo (2018), afirma ainda que a migração feminina é motivada pelo desemprego, ausência de oportunidades, a pobreza, agressão no convívio familiar, sustento da família, educação dos filhos, dentre outras motivações é notável que a mesma busca respostas apenas para as necessidades que são básicas para o seu cotidiano.

Para a assistência à saúde da mulher migrante, tem-se a UBS, que é a porta de entrada para o cuidado a essa população, principalmente se a mesma se encontra em estado puerperal. Essa unidade é caracterizada por ser o lugar onde primeiramente é realizado o acolhimento à mulher, a criança e a família que necessitam de atendimento. Esse primeiro momento baseia-

se em recepcionar, triar as demandas em saúde, e ainda pode-se dizer, que é um meio de gerar saúde, pois a partir dele cria-se vínculos para que haja a continuidade dos atendimentos (CORRÊA et al., 2017; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Assim, o acolhimento da migrante venezuelana em estado puerperal na UBS é compreendido como uma orientação ética que abrange a relação entre o cuidador e o que recebe o cuidado; tendo como objetivo a elaboração de um espaço comum chamado de produção do cuidado compartilhado, ou seja, o ato de ser corresponsável. Acolher não se baseia apenas em exercer algo segundo aquilo que o indivíduo traz, mas a partir da produção de novos caminhos, reposicionamentos e atitudes (BRASIL, 2010).

Com base nas contextualizações temáticas preliminares deste estudo emergem os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as práticas assistenciais de acolhimento desenvolvidas pela equipe mínima da atenção primária à saúde da mulher migrante venezuelana em estado puerperal.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as práticas assistenciais de acolhimento prestadas pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal;
- Rastrear os fatores que interferem no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal.
- Propor um produto de editoração representado por um capítulo de livro com caráter educativo-assistencial direcionados para os profissionais da equipe mínima das unidades básicas de saúde.
- Propor um material didático caracterizado como guia educativo-assistencial para as migrantes venezuelanas em estado puerperal a partir das ações de cuidar identificadas nas unidades básicas de saúde.

1.2 PROBLEMAS

Quais são as práticas assistenciais de acolhimento produzidas pela equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Boa Vista junto as migrantes venezuelanas? Quais são os fatores que interferem na implementação de ações de cuidar

acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto as migrantes venezuelanas em estado puerperal?

1.3 PRESSUPOSTOS

As práticas assistenciais produzidas pelas equipes multiprofissionais junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal nas Unidades Básicas de Saúde situadas na cidade de Boa Vista são disciplinares e incluem um saber-fazer majoritariamente técnico-biomédico.

1.4 JUSTIFICATIVA

Desde o ano de 2014 os povos de origem venezuelana migram para o estado de Roraima devido à conjuntura política e humanitária, buscando melhoria de vida no Brasil. Meios de comunicação local e nacional vêm expondo a situação em que os migrantes venezuelanos vivem durante o processo migratório, podendo ter o seu estado de saúde afetado devido ao desgaste físico e emocional, déficit do autocuidado, nutrição ineficaz e entre outros fatores.

Nesse panorama, de acordo com a Secretaria de Estado de Roraima (2018), durante o ano de 2017 foram realizados 566 partos de mulheres migrantes de origem venezuelana, já no primeiro trimestre do ano de 2018 foram realizados 253 partos (GACEMA, 2020). O número de partos de migrantes venezuelanas realizados em Roraima vem sendo crescente, e a busca pela continuidade da assistência ocorre por meio das UBS. Vivencia essa obtida através das práticas assistenciais diretas realizadas como enfermeira que entra em íntimo contato com mulheres migrantes em estado puerperal no contexto da APS, e cotidianamente questiona se as mesmas tinham o acesso à informação, a assistência durante o período gravídico e puerperal pela equipe multiprofissional da UBS, e se sofreram alguma complicação durante este período; visto que as mulheres são as mais afetadas durante a migração.

Portanto, a partir do conhecimento de como é realizado as práticas assistenciais de acolhimento pela equipe multiprofissional da APS a mulher migrante venezuelana em estado puerperal, é permissível a tomada de decisões referente aos resultados obtidos através desta pesquisa, possibilitando um trabalho integrado com as autoridades gerenciais em saúde; também se pode realizar a criação de um instrumento educativo-assistencial para as migrantes venezuelanas, a fim de promover saúde e reduzir riscos presentes no período puerperal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EM BUSCA DE FUNDAMENTOS PARA PENSAR O ACOLHIMENTO NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

A busca por fundamentos que possibilite pensar a palavra de ordem “acolhimento” convida a uma entrada nos aspectos teóricos da Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS (PNH) elaborado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, com base nas concretas e inovadoras vivências que constituem um “SUS que dá certo”. Ela procura colocar em execução os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, gerando novas condutas para cuidar e gerir (MARTINS; LUZIO, 2017; BRASIL, 2013).

A definição de humanização foi reelaborada com a PNH, descrita em uma proposta ético-estético-política: ética, pois se relaciona às ações dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde que atuam com comprometimento e co-responsabilidade; estética pois promove um processo sensível e criativo da produção da saúde com tendências protagonistas e autônomas; política pois se relaciona a organização social e institucional das ações de gestão e atenção na rede do SUS (BRASIL, 2006).

Os cuidados primários em saúde tiveram um eixo marcante a partir do ano de 1978, através da Declaração de Alma-Ata, onde esses cuidados humanizados passaram a ser apontados como um plano fundamental de um país que possui sistema de saúde. A atenção primária apresenta uma perspectiva que compõe o apoio e designa as funções dos outros níveis da atenção à saúde sendo as práticas acolhedoras e humanísticas fundamentais na produção do cuidado em saúde (WHO, 2008; COUTINHO; BARBIERE; SANTOS, 2015).

Nesse sentido, a PNH apresenta abordagens teóricas e organizativas que comprovam que essa política foi criada objetivando estimular a execução de um SUS que seja acolhedor, inclusivo, democrático e resolutivo. Dessa forma, a entrada dos usuários e a maneira como são cuidados caracterizam-se como momentos relevantes para possibilitar a aplicação dos princípios do SUS, logo, necessita-se que sejam otimizados e reavaliados na prática assistencial e no gerenciamento dos serviços de saúde (LOPES et al., 2015).

O ato ou o efeito de realizar o acolhimento apresenta, em seus variados conceitos, um meio de aproximar, um “estar com” e um “estar perto de”, isso significa, um comportamento de incluir. Acolher permite que se reflita a respeito dos processos de trabalho em saúde, porque institui um vínculo concreto e com credibilidade entre o profissional ou a equipe, com o usuário, atuando de forma direta e orientada através dos princípios do SUS (BRASIL, 2010).

Na PNH, o acolhimento não se restringe somente a atitudes realizadas de modo isolado ou pontual, tendo como exemplo uma confortável recepção, um espaço bem dimensionado, serviço de referência a serviços especializados. A sua realização deve ser com responsabilidade, criando um vínculo por meio da escuta das queixas, da troca de informações, recíproco conhecimento dos direitos e deveres, e a tomada de decisões que permitem interferências que sejam propícias e eficazes para o que o usuário necessita dos serviços de saúde (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

No seu significado verdadeiro, o acolhimento objetiva humanizar a convivência entre a equipe de saúde e os serviços ofertados, e com os usuários, por meio da escuta qualificada, criação de uma relação e respeito, sempre de maneira positiva e com comprometimento para apresentar a resposta do seu problema de saúde (LOPES et al., 2015).

Diante disso, teorizar o acolhimento no campo da saúde coletiva pede passagem para abordagens de três conceitos elementares, sobretudo quando se pensa o saber-fazer dos profissionais de saúde na APS, sendo eles: escuta qualificada, vínculo e a clínica ampliada do sujeito. Para Tobase et al. (2021), a escuta é uma atitude empática, que tem como objetivo ouvir de modo atento aquilo que o outro observa, de forma compassiva, e desprovida de opiniões ou sugestões.

O profissional de saúde através da escuta e do diálogo com o usuário do sistema, representa com essa atitude, o cuidado. O ato do profissional da APS em escutar o usuário de modo qualificado, permite a descoberta de conflitos e sofrimentos através do diálogo, podendo viabilizar a gestão de angústias vivenciadas no cotidiano que acarretam queixas somáticas e apresentações clínicas (VELLOSO; VARANDA, 2017; SANTOS, 2019).

A escuta qualificada permite que se encontre a subjetividade do usuário, conceituada como o modo de apresentar sensibilidade ao que se é falado e expressado por meio de gestos, falas, atitudes e sentimentos. Ela caracteriza-se por ser a fundamental ferramenta para que se produza o cuidado entre os níveis de atenção à saúde por meio da PNH, pois com ela é possível que se construa uma relação de acolhimento e a criação de vínculos (SANTOS, 2019; MAYNART et al., 2014).

A relação do vínculo na APS pode ser considerada uma tecnologia leve¹, pois os profissionais dentro de suas funções devem ser responsáveis pela área na qual estão trabalhando. Resultando numa interação que propõe a criação de “laços” entre os usuários do sistema de saúde, com os profissionais atuantes, o qual se faz necessário para o mecanismo

¹ Tecnologia leve: utiliza como recurso as relações, através das quais se estabelece o vínculo, o acolhimento, a forma de gestão (DIAS et al., 2015).

tecnológico que se desempenhe o trabalho, conforme as diretrizes norteadoras da estratégia e saúde da família (ESF) (COELHO; JORGE, 2009).

O vínculo caracteriza-se por ser um dos componentes operacionais que constituem aos usuários as suas necessidades de saúde. Historicamente ele foi mencionado nos documentos ministeriais relacionados à Atenção Básica, no fim dos anos 90, nomeado como “vínculo de responsabilidade” e “vínculo de compromisso e de corresponsabilidade”, conceituado como o que se resulta de um convívio contínuo, com potencial para a solução dos problemas e preservação do estado de saúde da população (SEIXAS et al., 2019).

No campo das tecnologias leves tem-se o vínculo e o acolhimento como dois termos que completam a criação de uma assistência humanizada à saúde. O vínculo incluso na ESF, com a formação de laços entre os profissionais da equipe e os usuários, possibilita uma aproximação maior entre a unidade de serviço e a comunidade. O acolhimento é considerado uma fase do processo de trabalho, como durante a recepção no primeiro contato com a unidade, e também um dispositivo fundamental em qualquer local em que se tenha o encontro entre o profissional e o paciente, contribuindo para que o atendimento clínico seja realizado de modo ampliado (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

A clínica ampliada compreendida como uma proposta para criação de ferramentas assistenciais que se articulam e inclui os diferentes enfoques e disciplinas. Ela vai além da prescrição médica ou solicitação de exames laboratoriais para fins diagnósticos, e sim da procura por agregar inúmeras condutas para permitir um manejo eficiente através da equipe multiprofissional em saúde (BRASIL, 2009).

Para além do tratamento da doença a clínica ampliada encarrega-se de estender esse manejo, inserindo também as situações que potencializam o risco e tornam as pessoas mais vulneráveis, ou seja, os problemas de saúde. (CAMPOS; AMARAL, 2007). Nesse ponto, cabe destacar que a clínica ampliada possui cinco eixos fundamentais, que são, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, a ampliação do “objeto de trabalho”, a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde (2009) sugere algumas práticas inclusas para a adoção da clínica ampliada e compartilhada, incluindo a escuta que é primeiro contato do usuário, onde o profissional de saúde deve acolher todo relato ou queixa mesmo que não seja importante para o tratamento, o vínculo e o afeto também é uma sugestão, que deve ser criado entre o profissional e o paciente, para que através da compreensão entre ambos haja a autonomia para enfrentar a doença de modo proveitosos.

Diante do exposto o acolhimento no campo da saúde coletiva mediado pela escuta qualificada, vínculo e a clínica ampliada, são fundamentais para uma assistência de qualidade à puérpera migrante que busca atendimento na APS. Assim, espera-se que a assistência em saúde tenha continuidade a partir do sentir-se acolhida pela equipe multiprofissional em saúde.

2.2 ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL À MULHER EM ESTADO PUERPERAL: CARACTERIZAÇÕES CONTEXTUALIZADAS COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A mulher no estado puerperal passa por mudanças internas e externas das quais se faz necessário o cuidado e a proteção para preservar a sua saúde (ANDRADE et al., 2015). As modificações corporais e do humor que acontecem no período puerperal ocasionam para as mulheres incômodo e sofrimento, dentre elas ocorrem no abdome, no períneo, nos músculos, nas articulações, nas mamas, nos membros superiores, nas costas, na eliminação intestinal, especificamente, ainda se têm uma combinação de emoções como alegria, tranquilidade, fobia e frustração, todas essas mudanças que acontecem e que foram citadas interferem diretamente no bem-estar da paciente (SOLER, 2014).

Durante essa nova fase que é o puerpério, as emoções são produzidas pelo anseio de adaptação ao novo filho existente, as mudanças no corpo e a alteração na estrutura familiar demandam muito trabalho psicológico para a mulher. Logo, se faz necessário a vigilância dos que estão ao redor da mesma, incluindo a família ou qualquer pessoa que esteja gerando o cuidado (CALIFE; LAGO; LAVRAS, 2010).

A partir do início do puerpério o corpo materno começa a passar por mudanças fisiológicas depois do nascimento do neonato e que se sucedem por volta de quarenta e dois dias, o que equivale a seis semanas. De forma didática, o período puerperal é classificado em etapas: imediato, compreende às duas horas iniciais depois do nascimento; mediato, vai da segunda hora até o décimo dia depois do parto; tardio, corresponde desde o décimo primeiro dia até quadragésimo segundo dia após a concepção; e o remoto, a começar do quadragésimo terceiro dia após o parto (ARAÚJO; REIS, 2012).

Logo depois da concepção, o útero para pôr uma diminuição significativa do seu tamanho, ocorrendo um encolhimento de 1.0000g no puerpério imediato para 500g até o fim da primeira semana, e com o passar de dois dias, o útero reduz sua textura, e o fundo é tocado na cicatriz umbilical. Depois de três a quatro dias, o encolhimento o é acentuado e, depois de duas semanas, o fundo do útero é tocado na cavidade pélvica, pesando cerca de 200g e, já

com trinta dias, pesa em torno de 100g. Toda essa alteração é chamada de involução uterina, no qual o útero volta para a forma que tinha anteriormente de forma progressiva (MORAES, 2016).

Além da mudança morfofuncional citada no parágrafo anterior, pode ser observado outras alterações, como, no cérvix que não retorna a sua forma que era antes da gravidez pois alcançou sua expansão total durante o parto, ficando visível um orifício externo transversal e irregular, distinguindo uma multípara. Já na vagina pode mostrar-se com edemas, vascularizações e sensibilidade, com a tensão muscular diminuída, podendo ser indicado o exercício de Kegel. As trompas de Falópio assim como na vagina apresentam-se edemaciadas e com o aumento do fluxo sanguíneo, mas no final do puerpério volta a fase folicular do ciclo menstrual feminino (CHIRIBOGA et al., 2008).

Segundo Chiriboga et al. (2008) vai ocorrer também o aparecimento dos lóquios, que são fluxos de origem uterina constituído de sangue e exsudato, a sua coloração muda com o passar dos dias.

Tabela 01: Tipos de lóquios conforme a classificação de Chiriboga, 2008.

Nome	Apresentação	Composição	Duração
Lóquios rubros	Avermelhado	Eritrócitos	Cerca de 3 dias
Lóquios serosos	Rosada e serosa	Leucócitos	4 a 10 dias
Lóquios brancos	Amarelada ou branca		10 a 14 dia ou até 6 semanas

Fonte: Chiriboga e colaboradores.

A regressão do útero através da descida dos lóquios melhora com o ato de deambular, recuperando a funcionalidade da bexiga, do intestino e também previne trombose (GOMES; SANTOS, 2017). A parede abdominal apresenta estrias com o rompimento das fibras elásticas da pele, podendo tornar-se visíveis, ocorrendo a perda da tensão muscular e o relaxamento do mesmo. E por fim, as mamas alteram o seu tamanho por efeito dos estrógenos, progesterona e somatotropina (CHIRIBOGA et al., 2008).

Moraes (2016) aborda que estudos realizados constataram que durante essa etapa, as mulheres expõem outros problemas além dos que já foram citados, sendo eles, alterações nas mamas, podendo apresentar-se doloridos, com fissuras, inflamações e acúmulo de leite, correspondente ao aleitamento materno. Podem ser apresentadas manifestações como a perda involuntária da urina pela uretra e sofrimento relacionado à episiotomia e ainda o surgimento de manifestações gastrointestinais, como, por exemplo, constipações e timpanismo.

Os cuidados necessários para uma boa recuperação incluem, se o parto for natural e se tiver sido realizada episiotomia, a manter a higiene na região de cicatrização. Em casos de cesárea, o procedimento é o mesmo, conservar sempre o local da cicatriz limpo e seco, e os pontos deverão ser retirados numa Unidade de Saúde (BRASIL, 2014).

Em relação ao puerpério, o Ministério da Saúde tem publicado vários planejamentos voltados para a redução de danos, e também tem motivado a criação de intervenções em meio aos agravos, na busca de obter técnicas assistenciais de qualidade e humanizadas (ARAÚJO; REIS, 2012).

Em 1984, o Ministério da Saúde, lançou, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), onde foi introduzida a proposta de abordagem da mulher como um ser humano que precisa ser percebida e assistida em sua singularidade e peculiaridade, rompendo com conceitos que antes norteavam a política de saúde da mulher, num contexto limitado, no que diz respeito à gravidez e parto, e que agora, incluem ações com enfoque biológico, social, econômico, histórico, político e cultural (BRASIL, 2004; ANDRADE, 2015).

O PAISM, inclui ainda ações educativas, de prevenção, de diagnóstico, tratamento e recuperação, abrangendo a assistência especializada à mulher, na ginecologia, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e de mama, dentre outras necessidades levantadas de acordo com o perfil da população (BRASIL, 2004).

Ainda que desde 1984, no Brasil, exista o PAISM, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com a finalidade de promover uma melhor condição, aumentar a entrada, a competência estabelecida e a disposição do cuidado obstétrico e neonatal no país. Em 2005 realizaram algumas adequações na política de atenção à mulher durante o puerpério, porém na maioria das vezes foi insatisfatória ou utilizadas de maneira inapropriadas para satisfazer as preferências e as carências ambulatoriais e coletivos do binômio mãe-filho (SOLER, 2014).

Para um atendimento de qualidade durante a gestação, foi criada orientações para guiar o cuidado ao pré-natal, ao parto e ao puerpério:

1. Respeito à autonomia da mulher na tomada de decisões sobre sua vida, em particular em relação a sua saúde, a sua sexualidade e a reprodução;
2. Garantia de acesso a uma rede integrada de serviços de saúde que propicie abordagem integral, visando à promoção da saúde, o início precoce do acompanhamento das gestantes, a prevenção, diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que eventualmente venham a ocorrer nesse período;
3. Oferta de cuidado referendada pelas melhores evidências científicas disponíveis;
4. Garantia de adequadas infraestruturas física e tecnológica das diversas unidades de saúde para atendimento da gestante e da puérpera;
5. Garantia de aprimoramento permanente dos processos de trabalho envolvidos, buscando a integração dos diversos campos de saberes e práticas, assim

como valorizar o trabalho em equipe multiprofissional e a atuação interdisciplinar; 6. Desenvolvimento contínuo de processos de educação permanente dos profissionais de saúde; 7. Incentivo ao parto e ao aleitamento materno qualificados, seguros, adequados à situação e com respeito às mulheres (CALIFE; LAGO; LAVRAS, 2010 p.18).

As orientações postas sinalizam que é necessário transcender os achados clínicos que a mulher no período puerperal venha apresentar. São necessárias análises referentes à percepção da condição de saúde; do modo de viver; da eficácia funcional; autocuidado, apoio da família, convívio em sociedade, desempenho mental, condição financeira, situação afetiva, crenças, costumes e contentamento individual quanto às tarefas do cotidiano e do lugar onde mora (SOLER, 2014).

Pensando que estas análises acontecem no contexto da APS há que se considerar que a saúde materna é complexa, haja vista os inúmeros fatores que podem estar envolvidos na implementação de cuidados pelos profissionais da saúde. Logo, ampliar a qualidade local que presta a assistência às mulheres em estado puerperal é indispensável para que se diminua a taxa de mortalidade desse público. Por meio de tecnologia leve e cuidados primários, pode-se implantar ações integradas e de acesso universal, sendo passível da redução de óbitos e morbidade que podem ocorrer durante os períodos da gravidez, parto e puerpério (BARATIERI; NATAL, 2019).

Cada profissional que compõe as equipes da ESF deve voltar às suas ações para aquilo que lhe compete. O agente comunitário de saúde da família e a enfermeira tem como atribuição a visita domiciliar puerperal, e na primeira consulta já é escolhido o método contraceptivo que será adotado. As puérperas devem ser orientadas quanto a realização na maternidade de uma revisão após o parto. E quanto ao profissional médico, cabe a responsabilidade de atender as intercorrências e ser um suporte à anticoncepção, quando há o encaminhamento solicitado por outro profissional da equipe (CORRÊA et al., 2017).

A equipe profissional da APS precisa estar atenta e pronta para ser o apoio à puérpera e a sua família, devendo identificar situações que podem gerar um risco ou vulnerabilidade física, psíquica e social, e esses prováveis agravos que possam surgir durante esse período devem ser assistidos pelos meios que estão disponíveis nas redes de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017).

O atendimento realizado pelo profissional de saúde da APS deve ser humanizado e embasado cientificamente. Para que seja identificadas as dificuldades, realizando planos e intervenções objetivando resultados, o que difere do modelo médico que realiza o diagnóstico e o tratamento com base na doença (GOMES; SANTOS, 2017).

Nesse sentido, surge a necessidade de pensar boas práticas em saúde da mulher durante o período puerperal na APS. Para isso faz-se necessário que a assistência em saúde desde o parto até o nascimento e puerpério perpassa pela segurança dos gestores no trabalho realizado em equipe, ou de modo colaborativo, para a garantia de uma assistência humanizada (SILVA et al., 2019).

A assistência à mulher no acompanhamento puerperal envolve as intervenções do quinto dia (abordados mãe e filho de maneira simultânea), visita domiciliar para todas as puérperas e atendimento de supervisão pós-parto até o quadragésimo segundo dia depois do parto, incluindo atendimento e ações consequentes de causas espontâneas do período puerperal (MONTENEGRO, 2014; OLIVEIRA, 2016).

Corroborando com o que foi dito anteriormente, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2019) recomenda que a puérpera realize pelo menos duas consultas na APS, a primeira deve ser realizada até o sétimo dia após o parto, já a segunda deve ser realizada entre o trigésimo ao quadragésimo dia após o parto. O fato é que as consultas durante o puerpério na APS possuem diminuída frequência. As visitas domiciliares além de insatisfatórias ficam centralizadas no agente comunitário de saúde (ACS), dificultando a inserção dos outros profissionais da equipe multiprofissional em saúde (CORRÊA; et al., 2017).

Quando as consultas durante o puerpério são realizadas, as atividades mais habituais realizadas pelos profissionais de saúde são, orientações sobre o aleitamento materno, sobre os métodos contraceptivos, modo de alimentação e nutrição, e a suplementação com sulfato ferroso (BARATIERI; NATAL, 2019).

Baratieri e Natal (2019), afirmam que a consulta puerperal não possui grande adesão devido aos seguintes fatores, sendo eles à ausência de informações não repassadas pelos profissionais após o parto, a escassez de medicamentos e materiais, a equipe profissional qualificada, barreiras culturais e a compreensão de que o cuidado após o parto é para o recém-nascido.

Para Gomes e Santos (2017), uma vez que a assistência ofertada a puérpera é insatisfatória há um desamparo que impossibilita com que as incertezas e inseguranças sejam sanadas. Isso ganha maior contraste quando as mulheres migrantes em estado puerperal são impactadas diretamente pelos obstáculos na comunicação, no idioma e na ambientação do lugar de recebimento, a luta contra o preconceito, o estereótipo e a rejeição, a carência de apoio social formal ou informal, isto é, retraimento, fracas redes sociais e impedimento para obter o conhecimento e o ingresso nos serviços primários de saúde (GRANADA et al, 2017).

De acordo com Baratieri e Natal (2019), grande parte da mortalidade materna ocorre durante o puerpério imediato, e quanto a morbidade, apresenta-se de maneira mais significativa durante o puerpério tardio e remoto. Logo tem-se a necessidade de que se desenvolva ações que sejam efetivas e eficazes com a finalidade de suprir as necessidades em saúde das mulheres durante o período puerperal.

2.3 SAÚDE NO CONTEXTO DAS MIGRAÇÕES: ABORDAGENS CONCEITUAIS SOBRE A MULHER MIGRANTE

O processo migratório é marcado pela descontinuidade e ruptura, que chega a modificar o trajeto pessoal, e também quebra laços. Toda essa experiência causa no sentimento de si um deslocamento, o que pode resultar no mal-estar existencial ou até mesmo no acometimento de alguma doença (MARANDOLA JR.; DAL GALLO, 2010).

De acordo com Oliveira e Costa (2020), “o ato de migrar é capaz de expressar a procura por novos caminhos, buscando soluções tanto para problemas internos, quanto para os que envolvem a família”. Nem sempre são escolhas que se percebem de modo espontâneo, mas que com o passar do tempo pode resultar em mudanças radicais na vida das pessoas que se deslocam de um território para outro.

O fenômeno da migração está relacionado ao território e ao ato de existir, ou seja, lugar e ser. Isso porque não existe um lugar sem o homem, e tão pouco o homem sem o lugar, podendo ser compreendido assim a espacialidade desde que existe a indissociabilidade ser-lugar, homem-espaco (MARANDOLLA JUNIOR; DAL GALLO, 2010).

É oportuno destacar que atravessar as fronteiras nacionais passou a ser um ato comum num mundo influenciado pela globalização e pela facilidade do deslocamento, ao menos para uma parcela da população global, devido aos variados interesses, como em viagens turísticas, a negócios, procura por novas experiências, algumas de cunho religioso, ou por motivo familiar, cultural, melhores condições de vida, entre outros (SILVA, 2015).

A migração para as cidades que possuem fronteira próximas, durante os últimos anos, ficou cada vez mais viável, visto que os gastos com essa migração se caracterizam por serem menores, em consequência do fácil acesso pela via terrestre (BARRETO; RODRIGUES; BARRETO, 2018).

Especificamente, durante o ano de 2016 a Venezuela enfrentou uma instabilidade financeira, fazendo com que uma grande parte da população busque refúgio no Brasil, país que faz fronteira, possuindo no mesmo a cidade de Pacaraima do Estado de Roraima como principal acesso para a migração (BARRETO; RODRIGUES; BARRETO, 2018).

Para os venezuelanos o Brasil não é o único destino procurado, porém o país possui uma longa fronteira localizada em Roraima que é próxima a Venezuela, fazendo com que seja um problema atual para o Estado, que afirma não tolerar mais que 50 mil migrantes de origem venezuelana (VEDOVATO, 2018).

É notável que o crescimento da migração venezuelana em Roraima, é a causa do aumento pela procura por alimento, emprego, habitação, segurança e assistência básica à saúde (SILVA; ARRUDA-BARBOSA, 2020). Isso porque a migração de indivíduos e grupos populacionais provenientes de diferentes países, com costumes culturais variados e diversas maneiras de entender o processo saúde-doença, pode acompanhar em si diferentes necessidades para a assistência dos multivariados profissionais de saúde (LOSCO; GEMMA, 2019).

O fato é que todo esse processo de migração potencializou o povoamento de homens e mulheres venezuelanos nas ruas de Roraima, e apenas uma parte dessa população conseguiu empregos de modo temporários, iniciando uma nova etapa de vida, porém a outra parte encontra-se destinada a viver uma vida precária, sem emprego configurando um problema social que também afeta o estado de saúde dos migrantes (BARRETO; RODRIGUES; BARRETO, 2018).

De acordo com Miranda (2011), durante os anos de 60 e 70 o processo de migração internacional era mais predominante pelo sexo masculino, mas esse fato foi mudando com o passar dos anos, sofrendo influências com as alterações ocorridas com a globalização, a acentuada procura pela mão de obra feminina, a intensa busca pelo trabalho feminino e a progressiva aceitação social de sua autonomia financeira e mobilidade.

Roig (2018) reforça que com o passar dos anos o padrão de migração sofreu algumas mudanças significativas, as mulheres passaram a migrar mais sozinhas, se comparado aos dados de outros anos. As mesmas compõem atualmente cerca da metade da população que migra internacionalmente, e 70% a 80% em alguns países.

Dessa forma, a mulher migrante é considerada um corpo político que gera transformação participando de modo ativo no movimento que desconstrói as fronteiras nacionais, e reestrutura o processo de reprodução do capital. A migração realizada pela mulher compreende a vontade e a execução do direito a uma qualidade de vida, com autonomia e não oprimida a uma sociedade patriarcal e machista (MOREIA, 2018).

Dados revelam que o quantitativo de mulheres corresponde à metade da população mundial de migrantes, sendo aproximadamente 95 milhões, e na União Europeia elas correspondem a 54% da população total de migrantes. Se for realizada uma comparação entre

as mulheres migrantes e as que já habitam no local anteriormente, será perceptível que as primeiras possuem parâmetros inferiores de saúde do que as outras, com relação a morte materna, perinatal e infantil, prematuridade, baixo peso ao nascer, índice de casos de IST e o predomínio de violência contra as mulheres (TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2013).

A condição de migrantes é, sem dúvidas, uma das causas que afastam as mulheres migrantes das nacionais, fazendo assim um modelo para o controle de migrações baseado no desejo do Estado. Deste modo, a ausência de documentos faz com que essas migrantes fiquem mais vulneráveis pelo medo de serem punidas pela irregularidade, resultando no difícil acesso às políticas públicas e quaisquer serviços oferecidos pelo Estado (BERTOLDO, 2018).

Moreira (2018), salienta que mesmo as mulheres migrantes de maneira independente devido ao trabalho, educação ou como responsável pela família; sofrem discriminação por dois motivos: a primeira pelo fato de ser mulher, e enfrentar opressão pelo gênero, e a segunda por ser migrante, podendo sofrer racismo e ou xenofobia.

A posição de migrante e mulher aumenta os processos de exploração, visto que, em vários casos, essas mulheres necessitam aceitar as situações que lhe são atribuídas para que possam sobreviver (BERTOLDO, 2018). Diversos países oferecem uma regulamentação que geram a oportunidade de melhoria da saúde dos migrantes, entretanto, continuam lacunas em meio às políticas e a execução. Logo, foi realizada a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, o que caracterizou um exemplo para a tomada de decisões que incluía a saúde sexual e reprodutiva e do seu direito, ficando evidenciado o direito dos indivíduos a obterem um alto padrão de saúde sexual e reprodutiva (ROCHA et al., 2012).

A dificuldade de adaptação e os eventos que são enfrentados durante todo esse processo migratório é de uma forma mais nociva para as mulheres, elas são mais frágeis quando expostas a discriminação, isso quando se compara ao homem migrante, e indo mais a fundo sobre essa temática nota-se que algumas são mais vulneráveis do que outras (TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2013). A identidade de muitas mulheres migrantes são silenciadas, causando traumas, como o resultado de atitudes preconceituosas, discriminatórias, vítimas da exploração, assédio sexual, violência e tráfico (RAMOS, 2012).

Além disso, Rocha et al. (2012), afirmam que as migrantes são mais suscetíveis a serem acometidas por doenças mentais, principalmente, esquizofrenia e estresse pós-traumático, devido aos eventos que sofrem durante todo o procedimento de migração. Esses eventos refletem durante a gravidez podendo ser estendidos ao estado puerperal, provocando uma fragilidade, dentre eles têm-se a depressão pós-parto, psicose e depressão – intensificada com estressores migratórios. Logo, a saúde materna e infantil deve receber uma atenção

especial através do cuidado e do acesso aos serviços de saúde, tornando-se necessário refletir a respeito da atribuição de cada ator social durante a produção de suas práticas assistenciais. (LOSCO; GEMMA, 2019; ALMEIDA; CALDAS, 2012).

Assim, a migrante venezuelana que se encontra no período puerperal, necessita que a equipe multiprofissional da APS realize práticas de assistência humanizada à saúde, orientações quanto ao cuidado e educação em saúde, permitindo que a mesma se sinta acolhida e que desperte o interesse para a continuidade da assistência, com vistas a reduzir os índices de morbimortalidade materna.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de caráter qualitativo. As pesquisas descritivas apresentam como características elementares objetividade nos registros e descrições dos fatos observados sem interferir neles. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados com objetivo de observar, registrar, analisar e ordenar dados, sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador. Em síntese: a pesquisa descritiva procura classificar, explicar e interpretar fatos que ocorrem (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa exploratória é compreendida como aquela que tem por finalidade possibilitar uma maior proximidade com o problema, com a intenção de transformá-lo em algo mais compreensível. Envolvendo nesse tipo de estudo a realização de entrevistas com a população que vivenciou o problema na prática e a observação de exemplos que incentivem a percepção. A abordagem metodológica qualitativa adotada nesta investigação é compreendida como aquela que se desempenha em um nível relacional e subjetivo, e é abordado através dos conceitos, das causas, das crenças, dos princípios e das ações dos atores sociais (MINAYO, 2013; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estado de Roraima está localizado na parte noroeste da região norte do Brasil, fazendo fronteira com a Venezuela e a Guiana Inglesa. Apresenta atividade econômica orientada pela agricultura, pecuária e extração de minério, sendo atrativo para migração, que para Freitas (2000) é característica histórica do povoamento desse Estado. Possui como capital o município de Boa Vista, que se localiza a 212 km de distância entre o Brasil e a Venezuela. Cidade que há aproximadamente quatro anos vem sendo escolhida como um local de destino dos venezuelanos. Fluxo migratório justificado pela atual conjuntura política e econômica instalada na Venezuela.

Nesse sentido, o estudo foi realizado em 10 UBS localizadas no município de Boa Vista-RR selecionadas por sorteio, número total escolhido pelo ponto de saturação que foram achados durante o estudo. Estes serviços de saúde caracterizam-se por serem a porta de entrada à RAS do SUS, servindo como ponto de referência para unidades de saúde de maior complexidade.

De acordo com a prefeitura de Boa Vista, o município é dividido no seu território em 8 macros áreas que agregam 34 UBS. Assim, foram selecionadas as seguintes UBS: UBS Olenka Macellaro Thomé Vieira, UBS do Asa Branca, UBS Cinturão Verde, UBS Enf.

Vanderly Nascimento de Souza, UBS Sílvio Leite, UBS Cambará, UBS Jardim Floresta, UBS Pricumã, UBS Pr. Luciano Galdino Rabelo e UBS Tancredo Neves.

3.3 GRUPO SOCIAL

O grupo social do estudo foi composto por profissionais de saúde que compõem a minimamente a equipe da ESF², agregando apenas o ACS. Os mesmos estavam atuantes nas UBSs de Boa Vista-RR que foram selecionadas para a realização deste estudo.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: profissionais atuantes em UBS que componham a equipe mínima da ESF, profissionais que realizaram consultas, visitas domiciliares e atendimento em saúde de qualquer natureza a mulheres migrantes venezuelanas em estado puerperal. Os critérios de exclusão foram: profissionais da equipe mínima da ESF com tempo de atuação na APS inferior a três meses, profissionais de saúde que não realizaram nenhuma atividade assistencial com migrantes venezuelana em estado puerperal, e, profissionais de saúde licenciados ou afastados de suas atividades laborais.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO

A proposta de aplicação do projeto foi encaminhada primeiro à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), solicitando uma carta de anuência ao gestor municipal de saúde, a fim de autorizar a aplicação do estudo aos profissionais da equipe mínima que atuam nas UBS selecionadas para o estudo (ANEXO A).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR), obedecendo a resolução do conselho nacional de saúde nº 466/2012, tendo sido aprovado pelo parecer 4.701.055 (ANEXO B)

Após o aceite, foi realizada a coleta e a assinatura dos participantes em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO C), constituindo todas as informações referentes à pesquisa, e ficou uma das vias em sua posse. Foi informado que a participação será de caráter voluntário, não sendo necessário a identificação e foi mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade, optando pela organização das respostas obtidas por meio das seguintes identificações seguidas de um número ordinal

²As equipes deverão ser compostas minimamente: por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias (BRASIL, 2017).

correspondente ao número da entrevista: Médico 1, Enfermeiro 1, Técnico de Enfermagem 1 e Agente Comunitário 1.

As informações foram obtidas e armazenadas por meio da gravação de voz, que só foram coletadas após a assinatura do Termo de Autorização para Gravação de Voz (ANEXO C), o qual permitiu a transcrição do que será informado por meio da entrevista semiestruturada, com fim apenas para esta pesquisa ou o que se poderá gerar dela, esses dados serão guardados por 5 anos, sob responsabilidade do pesquisador, e após esses anos serão descartados.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram realizadas com os profissionais da equipe mínima da ESF nas UBSs que os mesmos trabalham, sendo orientadas por um guia físico e consiste na ferramenta mais utilizada no processo de trabalho qualitativo. Envolve uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, mediada por um entrevistador com finalidade de construir informações relevantes sobre o objeto de investigação. Essa modalidade permite analisar o indivíduo e sua relação com o ambiente em que está inserido (MINAYO; COSTA, 2018).

Para Gil (2008) o método mais confiável de retratar de maneira precisa as respostas, é por meio do registro durante a realização da entrevista, através da anotação ou gravação. A gravação eletrônica é o ideal para que se preserve os conteúdos da entrevista. Cada participante foi identificado com a sua categoria profissional e um número ordenador da entrevista.

Baseado nisso, a produção dos dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada que contou com auxílio do aplicativo gravador disponível no celular que apresentou ao final os dados em formato MP3 player. As entrevistas (APÊNDICE A) foram compostas de questões inicialmente que permitiram a caracterização do entrevistado, e logo em seguida perguntas a respeito sobre as ações assistenciais de acolhimento que os profissionais prestam as migrantes venezuelanas em estado puerperal, e como eles se relacionam interdisciplinarmente para que a assistência nesse período seja assegurada.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, foi realizada a transcrição dos áudios e análise de conteúdo, segundo Bardin, técnica utilizada em estudos de caráter qualitativo. Ela divide-se em três

etapas para que os dados obtidos sejam analisados, a primeira é a pré-análise, momento em que se organiza as informações iniciais obtidas por meio da coleta de dados, onde os pensamentos iniciais são sistematizados, e se estabelece esquemas de operações para serem realizados (BARDIN, 2016).

A segunda etapa baseia-se na análise de todo o material obtido. Nela é realizada a organização das decisões escolhidas anteriormente na primeira fase, fazendo a codificação, decomposição ou enumeração das informações, por meio dos objetivos que foram estabelecidos anteriormente, sendo realizada de modo manual (BARDIN, 2016). Esta etapa foi estruturada por meio da seleção de conteúdos objetivados que foram analisados de acordo com a sua similaridade.

A terceira e última etapa representa a interpretação do que se foi obtido como resultado, definido como o momento em que será compreendido os conteúdos analisados por meio das entrevistas. Após esta etapa foi realizada a interpretação e a comparação com a fundamentação teórica que se tem sobre o tema proposto da pesquisa (BARDIN, 2016). Por fim, todo o material analisado foi organizado por meio de quadros esquemáticos divididos em seções de conteúdo onde foi observado a relação entre os dados obtidos dos profissionais de saúde atuantes nas equipes mínimas da ESF.

3.7 PROPOSTA DE PRODUTO TÉCNICO

Produto tecnológico é “objeto tangível” caracterizado por apresentar algo novo, resultado de novas pesquisas científicas, técnicas e expertises criadas durante o estudo, utilizados como objetivo de solucionar problemas de empresas que produzem bens ou prestam serviços à população objetivando o bem-estar da sociedade (CAPES, 2019).

O presente estudo tem como proposta dois produtos técnicos. O primeiro foi realizado por meio da publicação de um produto de editoração do tipo capítulo de livro, correspondendo a definição de produto pela CAPES (2019), por apresentar como resultado algo que pode ser palpável, e pode ser lido a fim de contribuir para a melhoria do atendimento à mulher migrante após a leitura por profissionais de saúde que realizam a assistência a mesma.

O segundo produto técnico foi um material didático representado pela confecção de uma cartilha educativa voltada para as puérperas migrantes venezuelanas na linguagem espanhola/portuguesa com a proposta de informar ações de autocuidado durante esse período, e práticas rastreadas no cotidiano dos profissionais de saúde a esse público-alvo. Ambos os produtos técnicos têm como objetivo melhorar a assistência produzida pelos profissionais da equipe da ESF na APS a mulher migrante venezuelana durante o período puerperal.

4 RESULTADOS

A caracterização dos participantes foi composta por 46 profissionais da equipe mínima da ESF, composta por 33 do sexo feminino e 13 do sexo masculino, com a idade apresentando uma média de 41 anos, sendo a idade mínima 25 anos e máxima 62 anos. Representada por 10 médicos, 11 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e 14 ACS.

Quanto a especialização ou pós-graduação, 20 profissionais da ESF a possuem, sendo desses, 10 na área da ESF (saúde coletiva, pública, da família e comunitária). O tempo médio de atuação desses profissionais na ESF foi de 8 anos, sendo o tempo mínimo 1 ano e máximo 26 anos, e a respeito da compreensão sobre a língua espanhola durante a assistência, 22 afirmam compreender com dificuldade, 16 entendem de forma intermediária, e apenas 8 são fluentes nesse idioma.

Os resultados referentes às práticas compreendidas como acolhedoras pelas equipes mínimas das UBS foram organizados em três quadros esquemáticos. Neles foram considerados as seguintes dimensões conteudísticas envolvidas no cuidado a migrante venezuelana em estado puerperal: visita domiciliar, escuta qualificada e orientações em saúde.

Especificamente, no primeiro quadro esquemático, estão contidas as identificações sobre a visita domiciliar. Esta prática foi decodificada pelos profissionais da equipe mínima da UBS a partir dos principais conteúdos: visita de acordo com a necessidade de cada puérpera migrante venezuelana, visita interprofissional, visita como dever, visita puerperal protocolar (primeiros 7, 10 e 14 dias), visita avaliativa, visita rastreadora de dificuldades ao binômio mãe-filho e de evasão, visita para realização de procedimentos, visita a puérpera nômade, visita criadora de elos e vínculos.

Quadro Esquemático 1: Visita domiciliar como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continua).

Unidade I	<p>[...] se o ACS achar necessário eu realizo a visita domiciliar [...] (Médico).</p> <p>[...] faço visita domiciliar quando precisa [...] (Médico).</p> <p>[...] fazer a visita nos primeiros sete dias [...] (Enfermeiro).</p> <p>A gente tenta fazer a visita domiciliar [...] (Enfermeiro).</p> <p>Nós fazemos bastante visitas [...] (Técnico de enfermagem).</p>
-----------	--

Quadro Esquemático 1: Visita domiciliar como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade I	<p>[...] realizo visita quando precisam de algum atendimento meu, como medicação, vacina [...] (Técnico de enfermagem).</p> <p>[...] a visita é o acompanhamento em sua residência [...] (ACS).</p> <p>[...] a gente visita [...] (ACS).</p> <p>A gente faz sempre a visita elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] nas casas, sempre fazendo o acompanhamento com o médico e enfermeiro junto com a criança [...] (ACS).</p> <p>[...] fazendo a visita, nessas visitas a gente faz o cadastramento dela [<i>puérpera venezuelana</i>] e de quem tiver com ela lá, aí esse é o primeiro elo [...] (ACS).</p> <p>[...] acompanhar na residência [...] (ACS).</p> <p>[...] realiza as visitas domiciliares, os acompanhamentos, os acolhimentos na UBS e acompanhamento do desenvolvimento da criança até a idade de 5 anos. (ACS).</p> <p>[...] faço as visitas normalmente no período puerperal, sempre fazendo a comunicação entre o paciente e a unidade [...] (ACS).</p> <p>A visita domiciliar que é um dever nosso como ACS, tá no nosso contrato as visitas domiciliares, tanto como a do médico e do enfermeiro pra acompanhar [...] (ACS).</p>
Unidade II	<p>[...] a visita domiciliar a gente não está realizando com frequência, mas mandamos o agente comunitário [...] (Médico).</p> <p>[...] durante [<i>a visita</i>] sempre pergunto como ela [<i>puérpera venezuelana</i>] está (Enfermeiro).</p> <p>[...] quando é preciso eu realizo a visita [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente vai na casa da migrante [...] (ACS).</p>

Quadro Esquemático 1: Visita domiciliar como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade III	<p>[...]temos informado quando vamos fazer visita [...] (Médico).</p> <p>[...] fazer a visita naquela primeira semana a <i>[puérpera venezuelana]</i> [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] ver na visita o que ela <i>[puérpera venezuelana]</i> está sentindo [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente evita de provocar muito essa puérpera para vir, porque ela <i>[puérpera venezuelana]</i> é uma puérpera né, ela não está em situação de tá andando, mas a gente traz a dúvida para a nossa equipe e se for uma coisa que ela necessite de atenção, aí ela terá que vir [...] (ACS).</p>
Unidade IV	<p>[...] fazer as visitas para saber como está a criança e a mãe [...] (Médico).</p> <p>[...] faz a visita e a busca ativa [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] fazer até os primeiros 10 dias após o parto essa visita [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] a ida nos domicílios [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] A gente visita, como a nossa visita é mensal [...] (ACS).</p> <p>[...] depois que ela <i>[puérpera venezuelana]</i> tem o bebê fazemos a visita de puérpera e depois mensal (ACS).</p>
Unidade V	<p>[...] Visita domiciliar [...] (Médico).</p> <p>[...] no caso das puérperas realizamos muito a visita domiciliar porque elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> se sentem mais abertas (Médico),</p> <p>[...] a gente vai na visita domiciliar, a gente agenda o retorno do acompanhamento dessa criança para avaliação [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] na visita já encaminha para outro profissional [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] vê também como elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> estão vivendo no ambiente domiciliar, vê as dificuldades principalmente [...] (ACS).</p>

Quadro Esquemático 1: Visita domiciliar como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade VI	<p>A assistência é dando segmento primeiro na sua casa e posteriormente na unidade, semanalmente. [...] (Médico).</p> <p>[...] para visita temos um <i>link</i> com os enfermeiros dos abrigos [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] antes a gente fazia essa visitação junto com o enfermeiro e o ACS (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] as mulheres em geral, as gestantes, a gente visita [...] (ACS).</p>
Unidade VII	<p>[...] os agentes comunitários de saúde são os nossos braços e as nossas pernas, são eles que captam na visita domiciliar os pacientes dentro da área de abrangência [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] quanto as visitas acabam que elas raramente acontecem por conta de muitas delas [<i>puérperas venezuelanas</i>] dão o endereço e quando a gente vai nesse endereço ele nunca esteve, ou já se mudou, então fica bem comprometido essa parte do cuidar de fato (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente procura elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] por intermédio das pessoas do abrigo [...] (ACS).</p> <p>O que a gente está fazendo nesse período são as visitas para ver como essa paciente [<i>puérpera venezuelana</i>] está [...] (ACS).</p>
Unidade VIII	<p>[...] fazer visita por conta das restrições de contato [...] (Médico).</p> <p>[...] temos as visitas preconizadas pelo ministério da saúde até os 14 dias do período puerperal [...] (Médico).</p> <p>[...] realizar uma visita à puérpera venezuelana, geralmente elas vêm mais nas consultas de 1 mês, para puericultura [...] (Enfermeiro).</p> <p>Como técnico do ESF, a minha visita é mais quando é necessário vacinar, fazer alguma medicação e o paciente não pode vir aqui [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] observar se elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] estão tendo o contato com a gente nas visitas pois somos o elo com elas e a estratégia da família [...] (ACS).</p>

Quadro Esquemático 1: Visita domiciliar como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (conclusão).

Unidade IX	<p>[...] elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> não ficam muito tempo na área, então a gente não consegue fazer visita [...] (Médico).</p> <p>Nós fazemos como nos protocolos, a visita puerperal [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] <i>[na visita]</i> nós precisamos primeiro procurar o período, quanto tempo ela <i>[puérpera venezuelana]</i> está depois da gestação [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] geralmente a gente faz a visita com o enfermeiro e médico [...] (ACS).</p> <p>[...] Primeiramente o cadastro quando a gente faz a visita domiciliar [...] (ACS).</p> <p>[...] fazemos a primeira visita, encaminhamos para o médico [...] (ACS).</p> <p>[...] levamos na visita domiciliar o enfermeiro [...] (ACS).</p>
Unidade X	<p>Se ela <i>[puérpera venezuelana]</i> precisa de alguma visita domiciliar, ou um atendimento diferencial o agente vai até a sua casa, e aí ele informa para nós que será necessário algum atendimento diferenciado. (Médico).</p> <p>Se ela <i>[puérpera venezuelana]</i> for de área a gente consegue fazer o acompanhamento por meio de visitas [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] na visita domiciliar informar que ela <i>[puérpera venezuelana]</i> não venha para o posto sem a necessidade [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] faço este trabalho na rua, nas casas das pessoas, é uma forma de eu levar informação para nos casos das puérperas [...] (ACS).</p>

Fonte: produção da autora.

Secundariamente, foram identificados nos depoimentos dos profissionais que compõem a equipe mínima da UBS a escuta qualificada como uma atitude de acolhimento presente no interior das práticas assistenciais às puérperas migrantes venezuelanas. Este ouvir-escutar foi decodificado a partir de uma escuta biológica representada por queixas clínicas, escuta atenta a classificação de riscos, escuta-emocional, escuta de necessidades individuais, escuta de testemunhos de vida, escuta detalhada, escuta qualificada, escuta acolhedora e escuta atenciosa. Tudo isso pode ser evidenciado no quadro esquemático dois.

Quadro Esquemático 2: Escuta qualificada como atitude acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continua).

Unidade I	<p>[...] eu procuro ouvir as suas queixas [...] (Médico).</p> <p>É o ouvir [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] eu escuto a questão emocional dela [<i>puérpera venezuelana</i>], tento deixar aberta falando que pode ter dias que ela vai ficar mais triste e insegura, mas se ela perceber que não está dando conta ou não está querendo cuidar do bebê, não gosta de dar banho, ou não gosta de ficar com o bebê, se a voz e o choro estão irritando não é para ela se sentir culpada (Enfermeiro).</p> <p>[...] o escutar que a gente pode fazer [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>Quando as pacientes grávidas chegam a unidade eu escuto as necessidades e vou direcionando para os outros atendimentos (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] [<i>ouvir</i>] e descobrir quais as necessidades da paciente [<i>puérpera venezuelana</i>] [...] (ACS).</p>
Unidade II	<p>[...] o paciente é acolhido na recepção [...] (Médico).</p> <p><i>Para ouvir:</i> sempre pergunto como ela [<i>puérpera venezuelana</i>] está, como está amamentando, como estão os sangramentos, se ela está realizando a contracepção, o planejamento familiar, eu busco fazer sempre isso porque é puericultura mas tem a mãe (Enfermeiro).</p> <p>[...] escutar e passar os principais cuidados com a mãe e com o bebê [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>Temos também os grupos assistenciais, para estar ouvindo os testemunhos delas [<i>puérperas venezuelanas</i>] [...] (ACS).</p>
Unidade III	<p>[...] escutar essa paciente e o que ela [<i>puérpera venezuelana</i>] quer falar [...] (Médico).</p> <p>[...] eu uso a consulta de puericultura do bebê dela [<i>puérpera venezuelana</i>] para escutá-la, na hora que eu vejo que o bebê está com 20 dias e é a primeira consulta do bebê, eu já aproveito e começo as perguntas sobre ela [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] saber escutar a necessidade [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] ouvir na triagem [...] (Técnico de Enfermagem).</p>

Quadro Esquemático 2: Escuta qualificada como atitude acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade III	[...] A melhor prática que a gente pode ter como agente de saúde para um acolhimento delas <i>[puérperas venezuelanas]</i> é a escuta paciente, principalmente com a comunicação [...] (ACS).
Unidade IV	<p>[...] fazer aquela escuta bem detalhada para você entender o paciente [...] (Médico).</p> <p>[...] escutar e saber o que é que ela <i>[puérpera venezuelana]</i> quer [...] (Enfermeiro).</p> <p>Eu procuro assistir, ouvir o que o paciente quer [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> já chegam até nós e falam do problema [...] (ACS).</p>
Unidade V	<p>[...] ouvir e prestar um bom atendimento [...] (Médico).</p> <p>[...] escuta com classificação de risco [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] parar e ouvir o que a pessoa tem para falar [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] é você parar e ouvir o que a pessoa tem para falar [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] ouvir a necessidade do paciente [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] o cuidado em escutar qual a necessidade dela <i>[puérpera venezuelana]</i> [...] (ACS).</p>
Unidade VI	<p>[...] a escuta sabe, durante a entrevista, mais acolhedora e a paciente tranquila [...] (Médico).</p> <p>[...] desde a escuta qualificada, e classificação de risco, porque eu olho tudo isso, antes de atender o paciente [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] a gente trabalha com triagem [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] Eu quando ouço uma paciente <i>[puérpera venezuelana]</i>, converso e tento [...] (ACS).</p>

Quadro Esquemático 2: Escuta qualificada como atitude acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade VII	<p>[...] ouvindo as queixas dessa paciente [<i>puérperas venezuelanas</i>], e tratando [...] (Médico).</p> <p>[...] tem que ouvir e ir conversando para elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] estarem sendo inseridos dentro do nosso sistema [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] ouve e recebe o usuário na unidade [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente, escuta, atende e tenta e resolver todas as necessidades [...] (ACS).</p>
Unidade VIII	<p>[...] recepção durante a escuta pela equipe de enfermagem, ou numa consulta médica mesmo [...] (Médico).</p> <p>[...] ouvir o paciente, registrar por escrito a respeito das necessidades individuais do paciente (Médico).</p> <p>[...] ouvir as queixas da paciente [...] (Médico).</p> <p>[...] ouvir as queixas ginecológicas [...] (Médico).</p> <p>[...] ouvir, fazer com que a pessoa se sinta acolhida [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] retornam com a gente para tirar dúvidas, a gente ouve e vê o que é (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] escuta qualificada e a classificação de risco [...] (ACS).</p>
Unidade IX	<p>[...] a gente escuta o que ela [<i>puérpera venezuelana</i>] está sentindo [...] (Médico).</p> <p>[...] Como enfermeiro nós trabalhamos com o acolhimento e a escuta qualificada [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] nós devemos dar atenção a escuta qualificada [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] escutar se ela [<i>puérpera venezuelana</i>] está bem, se ela tomou todos os cuidados [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] com a escuta e o acolhimento ela [<i>puérpera venezuelana</i>] vai ser direcionada para o local certo [...] (ACS).</p>

Quadro Esquemático 2: Escuta qualificada como atitude acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (conclusão).

Unidade X	<p>[...] <i>[ouvir]</i> e dar atenção desde que chega ao posto até a consulta [...] (Médico).</p> <p>A primeira porta aberta para ela, é uma forma de deixar que ela tenha acesso para ser ouvida e esclarecer ou tirar dúvidas [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] escutar a paciente <i>[puérpera venezuelana]</i> na unidade [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] o ouvir, o agente de saúde faz esse trabalho na rua nas casas das pessoas, é uma forma de eu levar informação para nos casos das puérperas [...] (ACS).</p>
-----------	--

Fonte: produção da autora.

A terceira dimensão, posiciona a orientação produzida pela equipe mínima da UBS como elemento central no exercício cotidiano das práticas assistenciais de acolhimento às migrantes puérperas venezuelanas. Os conteúdos presentes no terceiro quadro esquemático decodificam a ação de orientar como direcionada para as necessidades apresentadas pela mãe envolvendo os temas da amamentação, alimentação, planejamento reprodutivo e suplementação de vitaminas. Orientações direcionadas para a criança, o que inclui: imunização, exames, higienização, crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Além disso, as orientações foram expandidas para a família e o ambiente onde vivem.

No plano do conteúdo as orientações estiveram atreladas a instrumentalização de migrantes venezuelanas em estado puerperal à realização de práticas de (auto)cuidar, ao reconhecimento dos profissionais e seus atributos na UBS, aos seus direitos enquanto usuárias do SUS e identificação das redes de apoio à saúde.

Quadro Esquemático 3: Orientação em saúde como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continua).

<p>Unidade I</p>	<p>[...] orientar de acordo com a sua necessidade [...] (Médico).</p> <p>[...] Eu faço orientações de acordo com a necessidade da paciente [...] (Médico).</p> <p>[...] questão das prescrições de cuidado que aí seriam as orientações [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] oriento que venha a unidade e peça para me chamar [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] vou orientando para os outros atendimentos (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente passa orientações de como ela deve agir, como vai ser feito o acompanhamento [...] (ACS).</p> <p>[...] a gente passa orientações de como ela [<i>puérpera venezuelana</i>] deve agir após o parto, como vai ser feito o acompanhamento dos enfermeiros, dos médicos, o nosso acompanhamento [...] (ACS).</p>
<p>Unidade II</p>	<p>[...] a paciente é acolhida e orientada a seguir os seguintes passos segundo as suas queixas [...] (Médico).</p> <p>[...] Acolher e estimular a demanda espontânea. A gente orienta que ela terá que retornar [...] (Enfermeiro).</p> <p>Passando informação acima de tudo, passar os principais cuidados com a mãe e com o bebê [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] passar informações do acolhimento tanto da mãe quanto do bebê [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente aconselha bem para que elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] possam vir na nossa unidade [...] (ACS).</p> <p>[...] orientar elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] para que saibam a importância de um bom pós-parto [...] (ACS).</p> <p>Nosso dever e obrigação é orientá-las [...] (ACS).</p>

Quadro Esquemático 3: Orientação em saúde como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade III	<p>[...] fazer elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> entenderem que têm os mesmos direitos para fixar no país [...] (Médico).</p> <p>[...] manter a comunicação levando os princípios do SUS [...] (Médico).</p> <p>[...] gerar uma situação para ela <i>[puérpera venezuelana]</i> que ela tem que ter os cuidados após o parto [...] (Enfermeiro).</p> <p>Realizo as orientações e encaminhamento ao médico [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] esclarecer sobre principalmente exames do bebê [...] (ACS).</p> <p>A principal sempre vai ser a orientação [...] (ACS).</p>
Unidade IV	<p>[...] orientar ela <i>[puérpera venezuelana]</i> para se cuidar [...] (Médico).</p> <p>[...] lembrar para ela <i>[puérpera venezuelana]</i> que a amamentação é de extrema importância até o sexto mês [...] (Médico).</p> <p>[...] a gente orienta quais os cuidados e quais ela <i>[puérpera venezuelana]</i> gostaria de se adequar [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] quando vem até a unidade a gente orienta elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> como se deve tudo fazer [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>Orientar se ela <i>[puérpera venezuelana]</i> já fez o teste do pezinho, da orelhinha, do ouvido, do olhinho [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] explicar para ela <i>[puérpera venezuelana]</i> também sobre as vacinas e o tempo que ela tem que trazer a criança [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] orientar sobre a alimentação tanto para a mãe como para a criança [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] orientar da melhor forma possível [...] (ACS).</p> <p>[...] orientando elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> da importância do pré-natal e depois dele, para elas terem o puerpério bem assistido [...] (ACS).</p>

Quadro Esquemático 3: Orientação em saúde como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade V	<p>[...] palestra aqui no posto, e a gente faz ação na área também [...] (Médico).</p> <p>[...] a gente orienta junto com o serviço social para conversar (Enfermeiro).</p> <p>[...] a gente conversa e explica para ela [<i>puérpera venezuelana</i>] a situação, e eu tento ao máximo ajudar no que me compete. (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] no caso a questão do cartão do SUS, as consultas de puericultura, a questão da vacina, orientação (ACS).</p>
Unidade VI	<p>Durante o puerpério na atenção primária eu faço mais orientações sobre os principais cuidados que ela [<i>puérpera venezuelana</i>] deve ter no período puerperal, se fala sobre a alimentação, sobre a prevenção, medicação, anticoncepcional, atendimento para a família em geral, muitas vezes ela influencia no comportamento da puérpera [...] (Médico).</p> <p>Começa desde a orientação [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] oriento sobre alimentação, oriento o pós-parto, e a gente tenta conduzir da melhor forma mesmo [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente orienta sobre a amamentação, sobre o puerpério [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente orienta teste rápido, teste do pezinho, teste do olhinho, depois vitamina A, a vacina, aqui o pessoal não sai desorientado [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] orientar sobre a realização de exame e consulta [...] (ACS).</p> <p>[...] a gente orienta sobre a amamentação, sobre o parto [...] (ACS).</p> <p>[...] converso e tento orientar [...] (ACS).</p> <p>[...] eu oriento quando elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] têm uma criança atrás da outra: o planejamento familiar (ACS).</p>

Quadro Esquemático 3: Orientação em saúde como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade VII	<p>[...] fazer todas as orientações que são necessárias para o atendimento dessa paciente [...] (Médico).</p> <p>[...] nas consultas quando elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] vêm, sempre orientando tudo bem direitinho [...] (Médico).</p> <p>[...] orientando direitinho nesse período puerperal, principalmente as questões que são mais difíceis para elas, como a amamentação e essas coisas todas [...] (Médico).</p> <p>A gente faz as orientações, justamente as orientações gerais em relação a amamentação, a prescrição das vitaminas que elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] precisam manter pelo menos nos três primeiros meses após a gestação, o uso do anticoncepcional, a colocação do DIU quando elas preferem. (Médico).</p> <p>[...] elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] são orientadas, aí a gente fala sobre planejamento reprodutivo [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] deixar elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] bem à vontade, orientar, puxar a orelha quando é necessário [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] são orientadas também após a coleta do teste do pezinho [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente orienta e atende de maneira humanizada [...] (ACS).</p>
Unidade VIII	<p>[...] orientações através de uma simples conversa numa consulta médica mesmo [...] (Médico).</p> <p>[...] discutir a suplementação de ferro que tem que ser continuada até o terceiro mês após o parto [...] (Médico).</p> <p>[...] orientar ela [<i>puérpera venezuelana</i>] com relação ao aleitamento materno [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] orientar o cuidado dela [<i>puérpera venezuelana</i>] com o bebê e onde ela deve buscar apoio, principalmente se ela for recém-chegada aqui no Brasil (Enfermeiro).</p> <p>[...] retornam com a gente para tirar dúvidas [...] (Técnico de Enfermagem).</p>

Quadro Esquemático 3: Orientação em saúde como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade VIII	<p>A gente acolhe, recebe e orienta [...] (ACS).</p> <p>Orientação sobre a importância delas <i>[puérperas venezuelanas]</i> virem na consulta, dela participar das consultas [...] (ACS).</p> <p>[...] orientar o cuidado com elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> mesmas [...] (ACS).</p> <p>[...] orientar desde a gestação até elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> ganharem o bebê, orientar a maternidade [...] (ACS).</p>
Unidade IX	<p>[...] orientar quanto o que ela <i>[puérpera venezuelana]</i> está sentindo [...] (Médico).</p> <p>[...] dar orientações para elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> retornarem a consultas [...] (Médico).</p> <p>Nós fazemos orientações sobre a importância do aleitamento materno, da higienização com a criança e todos os cuidados que se faz necessários para esse período [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] orientar a mãe sobre a importância do aleitamento materno. Orientação da imunização da criança, e os cuidados da mãe com o seio, para ela ter o cuidado para evitar mastite [...] (Enfermeiro).</p> <p>A primeira prática é orientar e acolher bem [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] realizamos orientações, levamos o enfermeiro que também passa orientações sobre amamentação e todos os procedimentos de cuidados com o bebê [...] (ACS).</p> <p>[...] informamos para ela <i>[puérpera venezuelana]</i> que até trinta dias ela precisa ser acompanhada pela maternidade, e com quarenta dias ela pode está marcando a consulta no posto para ser acompanhada aqui até os dois anos de idade que é a puericultura, e a mãe até quarenta dias após o parto que é considerado o puerpério (ACS).</p>

Quadro Esquemático 3: Orientação em saúde como prática acolhedora das equipes mínimas das Unidades Básicas de Saúde às migrantes em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (conclusão).

<p>Unidade X</p>	<p>[...] dou toda a orientação que ela <i>[puérpera venezuelana]</i> precisa [...] (Médico).</p> <p>[...] esclarecer algum problema que ela <i>[puérpera venezuelana]</i> eventualmente possa estar apresentando, uma dúvida [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] orientar e realizar a consulta neonatal [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] A gente pode orientar ela <i>[puérpera venezuelana]</i> primeiro a se cuidar para não engravidar de novo [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] orientar ela <i>[puérpera venezuelana]</i> para procurar o enfermeiro para fazer a injeção, o anticoncepcional [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] orientar ela <i>[puérpera venezuelana]</i> na parte da alimentação [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] orientar ela <i>[puérpera venezuelana]</i> que quando acabar a parte do puerpério que ela procure a unidade para fazer novos exames (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] levar informação para nos casos das puérperas, é chegar e passar orientações sobre a saúde como um todo [...] (ACS).</p> <p>Geralmente eu oriento quanto a amamentação, a vacinação, a higiene pessoal, a higiene do local onde vive, orientar para quando necessário vir a uma consulta com o enfermeiro ou com o médico [...] (ACS).</p> <p>[...] oriento da melhor forma possível (ACS).</p> <p>[...] a gente ressalta que se precisa realizar a amamentação, o aleitamento materno [...] (ACS).</p> <p>[...] orientar que após o nascimento do bebê ela <i>[puérpera venezuelana]</i> venha na unidade para dar a baixa do SIS PRÉ-NATAL [...] (ACS).</p> <p>[...] orientar a ida nas consultas para o crescimento e desenvolvimento das crianças, a realização do teste do pezinho, das vacinas, o aleitamento materno [...] (ACS).</p>
------------------	--

Fonte: produção da autora.

No que diz respeito ao rastreio dos fatores que interferem o desenvolvimento das práticas assistenciais, sinalizadas como acolhedoras pelas equipes mínimas das UBS quando se encontram com as migrantes venezuelanas em estado puerperal, foram produzidos dois quadros esquemáticos que agregam os seguintes conteúdos: idioma e a pandemia.

Sobre a interferência do idioma nas práticas do cuidar realizadas pelos profissionais da equipe mínima da UBS, junto as migrantes venezuelanas em estado puerperal, trouxeram três vertentes, a saber: aproximações idiomáticas facilitando o processo de comunicação, estratégias assistenciais para comunicação eficaz e o idioma como elemento dificultador ao desenvolvimento de práticas assistenciais.

Atesta-se quanto aos fatores que facilitam as seguintes decodificações: o profissional responsável pelo atendimento apresenta o espanhol como língua materna, tornando as mensagens de cuidado integralmente compreensíveis pelas migrantes puérperas que se sentem mais livres durante a assistência à saúde por serem assistidas por um profissional com padrão cultural aproximado, representado por profissionais cubanos. Além disso, o tempo da migrante no Brasil e o tempo de atuação do profissional com as migrantes venezuelanas favoreceu o processo de comunicação.

Já os profissionais brasileiros, a fim de romper com a barreira da comunicação durante a assistência, utilizam as seguintes estratégias para comunicar-se efetivamente: uso de aplicativos tradutores, realização de cursos de espanhol e ajuda de algum outro profissional intérprete, acompanhante com fluência bilíngue e membros de organizações sociais de suporte ao migrante venezuelano para tradução simultânea durante o atendimento.

Quanto aos fatores que dificultam, os profissionais mencionam que o idioma, sobretudo o espanhol regionalizado é uma grande barreira a ser vencida no cuidado com as migrantes venezuelanas em estado puerperal e as multivariadas demandas assistenciais comprometem o tempo destinado a melhoria da comunicação. Logo a diferença linguística é uma barreira na dinâmica assistencial. Tudo isso pode ser atestado no quarto quadro esquemático posto a seguir.

Quadro Esquemático 4: Interferência do idioma no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continua).

Unidade I	<p>[...] o que facilita é que eu também falo espanhol [...] (Médico).</p> <p>[...] eu tento falar em português, mas eu não exijo que ela fale [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] eu já cheguei a usar o google tradutor [...] (Enfermeiro).</p> <p>Como técnico de enfermagem a gente faz todo o possível para que esse entendimento seja bom [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente está compreendendo o idioma, o que facilita muito [...] (ACS).</p> <p>No começo o que dificultava era o idioma [...] (ACS).</p>
Unidade II	<p>[...] eu falo espanhol [...] (Médico).</p> <p>[...] tem uma certa dificuldade justamente pela linguagem, de se fazer compreender [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] o idioma dificulta, pois, às vezes elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] falam e eu não compreendo muito bem [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente (ACS's) aprender o idioma que faz parte da vida dessa pessoa [...] (ACS).</p>
Unidade III	<p>[...] entender esse paciente e o que ele quer falar [...] (Médico).</p> <p>[...] a fala, que para mim não é tão difícil porque a minha língua materna é o espanhol [...] (Médico).</p> <p>Para mim o que eu acho que o que facilita é o idioma [...] (Médico).</p> <p>[...] o que me facilita muito a consulta com esses pacientes é falar a mesma língua [...] (Médico).</p> <p>[...] compreender a necessidade, acho que muito se perde “nesse quero uma consulta”. [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] se ela [<i>puérpera venezuelana</i>] falasse a nossa língua ficaria mais fácil para gente poder estar fazendo esse acolhimento [...] (Técnico de Enfermagem).</p>

Quadro Esquemático 4: Interferência do idioma no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade III	<p>O que dificulta é a língua, às vezes elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] falam e a gente não entende nada, fica fazendo gestos [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] se os agentes de saúde fizessem o técnico em espanhol que foi prometido a muito tempo atrás, ajudaria [...] (ACS).</p>
Unidade IV	<p>A própria linguagem [...] (Médico).</p> <p>[...] ela [<i>puérpera venezuelana</i>] é acolhida por qualquer pessoa que trabalha na unidade para saber o que é que ela quer, o que ela está precisando [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] às vezes elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] chegam para perguntar alguma coisa, muitas vezes a gente não entende e nem eles [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] direcioná-las [<i>puérperas venezuelanas</i>] para onde elas precisam, de uma forma que elas entendam [...] (ACS).</p> <p>[...] geralmente é a fala, é o entender delas [<i>puérperas venezuelanas</i>], é outra língua e nem todo mundo entende [...] (ACS)</p> <p>[...] muitas vezes elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] não entendem uma orientação e ficam meio perdidas [...] (ACS).</p>
Unidade V	<p>[...] uma consulta que elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] entendam [...] (Médico).</p> <p>[...] elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] procuram a gente pelo idioma porque se identificam mais com a gente [...] (Médico).</p> <p>É difícil esse negócio de acolhimento, pela interpretação e a gente está tão apressada com tanta gente para conversar [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] minha maior dificuldade é o idioma, às vezes elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] não entendem o que a gente fala [...] (ACS).</p> <p>[...] tem o idioma e a escolaridade, porque às vezes a gente tem que falar no popular e elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] não entendem o nosso popular, assim como a gente não entende o delas [...] (ACS).</p>

Quadro Esquemático 4: Interferência do idioma no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade VI	<p>O fator que facilita é a nossa língua, eu sou cubano, a nossa língua é o espanhol [...] (Médico).</p> <p>[...] quando eu digo que falo espanhol elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] se sentem mais livres [...] (Médico).</p> <p>Quando eu digo que falo espanhol tem um fator, sabe, durante a entrevista, ficando mais acolhedora e a paciente [<i>puérpera venezuelana</i>] tranquila [...] (Médico).</p> <p>[...] temos um link com os enfermeiros dos abrigos para que nos mande intérprete a fim de facilitar a nossa jornada [...] (Enfermeiro).</p> <p>Justamente a barreira linguística e não vir com acompanhante [...] (Enfermeiro).</p> <p>Intérprete e uma acompanhante que possa dar continuidade ao andamento da consulta [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] com essa situação do migrante gera-se as meninas da ADRA [<i>Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais</i>], essas meninas facilitam muito esse elo [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>O entendimento, porque para nós é uma coisa e para elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] é outra [...] (ACS).</p>
Unidade VII	<p>Para mim o que facilita é quando tem um tradutor [...] (Médico).</p> <p>O que dificulta é a comunicação do idioma com certeza [...] (Médico).</p> <p>[...] colocamos uma pessoa para traduzir [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] já aconteceu da gente atender as pacientes e elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] não conseguirem se comunicar com a gente [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] o fato do idioma pesa muito para elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] peço para elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] falarem na língua delas mesmo porque eu compreendo [...] (Enfermeiro).</p>

Quadro Esquemático 4: Interferência do idioma no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade VII	<p>[...] se a gente tivesse um curso de espanhol já ajudaria bastante [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a linguística delas [<i>puérperas venezuelanas</i>] [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente tem uma intérprete que vem do abrigo para cá para nos ajudar a fazer esse atendimento [...] (ACS).</p>
Unidade VIII	<p>Eu compreendo bem o espanhol [...] (Médico).</p> <p>[...] eu entro no tradutor, aí eu digito aqui e dou para elas (<i>puérperas migrantes</i>) lerem [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] O que me dificulta às vezes é conversar com ela [<i>puérpera venezuelana</i>] [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] botar no tradutor para que elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] entendam [...] (Enfermeiro).</p> <p>A comunicação não é fácil [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] a gente tem que colocar no celular o tradutor [...] (ACS).</p> <p>[...] tem umas que colocam no celular também, elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] falam e traduzem no celular [...] (ACS).</p> <p>A dificuldade que não só eu, mas as outras meninas enfrentam é em relação a língua delas [<i>puérperas venezuelanas</i>], as vezes a gente não consegue entender realmente [...] (ACS).</p>
Unidade IX	<p>[...] por eu ser cubana elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] conseguem entender melhor [...] (Médico).</p> <p>[...] é muito mais fácil para mim também que sou estrangeira [...] (Médico).</p> <p>[...] tento assimilar a língua dela [<i>puérpera venezuelana</i>] [...] (Enfermeiro)</p> <p>O que dificulta muito é a questão da linguagem [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] se ela [<i>puérpera venezuelana</i>] está tendo alguma dificuldade de compreensão a gente tenta solucionar [...] (ACS).</p>

Quadro Esquemático 4: Interferência do idioma no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (conclusão).

Unidade X	<p>[...] ela [<i>puérpera venezuelana</i>] informa para nós em espanhol que será necessário algum atendimento diferenciado. (Médico)</p> <p>[...] a gente procura dar para ela [<i>puérpera venezuelana</i>] pelo menos alguma orientação compreensível [...] (Enfermeiro).</p> <p>[...] elas [<i>puérperas venezuelanas</i>] entendem melhor que os brasileiros [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>A língua é uma das dificuldades maior que a gente tem [...] (ACS)</p>
-----------	--

Fonte: produção da autora.

O quinto quadro esquemático trata sobre o impacto da pandemia do coronavírus na assistência às puérperas migrantes venezuelanas produzidas pela equipe mínima das UBS. Foi identificado o direcionamento de unidades exclusivamente para a COVID-19 o que acarretou uma alteração nos atendimentos de rotina representado por suspensão de consultas e visitas domiciliares. Essas alterações foram significadas como uma desorganização assistencial. Além disso, a pandemia trouxe como reflexos o aumento da demanda de problemas psicológicos, onde muitas puérperas migrantes venezuelanas na concepção dos profissionais de saúde ficaram abatidas. Todos estes achados podem ser contemplados no quadro esquemático 5.

Quadro Esquemático 5: Interferência da pandemia no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continua).

Unidade I	<p>[...] a nossa unidade ficou só para COVID [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] Pelo fato daqui ser atendimento só de COVID, está deixando muito a desejar fora da unidade [...] (Técnico de Enfermagem).</p> <p>[...] quando chegou a pandemia acho que dificultou muito, porque o posto de saúde passou a ser só COVID [...] (ACS).</p> <p>[...] Depois que virou referência para COVID a gente não tem mais aquele atendimento e as consultas normais [...] (ACS).</p>
-----------	--

Quadro Esquemático 5: Interferência da pandemia no desenvolvimento de práticas assistenciais acolhedoras pela equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, Boa Vista, 2021 (continuação).

Unidade II	<p>[...] com essa pandemia bagunçou um pouco a parte do atendimento de puerpério [...] (Enfermeiro).</p> <p>Nós estamos num período de pandemia que é bem complicado, então as pessoas ficaram um pouco restritas [...] (ACS).</p> <p>Devido a pandemia está complicado [...] (ACS).</p> <p>[...] porque nessa época de pandemia muitas <i>[puérperas venezuelanas]</i> ficaram abatidas [...] (ACS)</p>
Unidade III	<p>[...] com essa pandemia bagunçou um pouco a parte do atendimento de puerpério [...] (Enfermeiro).</p> <p>Nesse momento da pandemia a nossa visita está um pouco diferente do que era antigamente [...] (ACS).</p> <p>[...] estão <i>[puérperas venezuelanas]</i> precisando de uma melhor atençãozinha especial por causa da pandemia. (ACS)</p>
Unidade VI	<p>Agora durante a pandemia tem aumentado muito a demanda por problemas psicológicos e essas coisas [...] (Médico).</p> <p>[...] com a pandemia a gente parou com o acolhimento [...] (Técnico de Enfermagem).</p>
Unidade VII	<p>Aqui com o período de pandemia a gente está mais assistindo na UBS mesmo [...] (Médico).</p> <p>[...] por conta da pandemia elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> não podem ficar muito aqui dentro do espaço que é muito pequeno [...] (Enfermeiro).</p>
Unidade VIII	<p>Durante o período da pandemia não tem como fazer visita por conta das restrições de contato [...] (Médico).</p> <p>[...] antes da pandemia a gente tinha até o grupo das gestantes [...] (ACS).</p>
Unidade IX	<p>[...] elas <i>[puérperas venezuelanas]</i> retornarem a consultas, agora com a pandemia ficou mais difícil [...] (Médico).</p> <p>[...] eram muitas coisas práticas que agora com a pandemia não dá para fazer [...] (Médico).</p> <p>[...] por essa situação de pandemia do COVID-19 também a gente tem que evitar aglomeração [...] (Enfermeiro).</p>

Fonte: produção da autora.

Por fim, os produtos técnicos produzidos neste estudo foram dois, o primeiro trata-se de um capítulo de livro (APÊNDICE B) intitulado por “ACOLHIMENTO DA MULHER MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA BASE TEÓRICO-REFLEXIVA”, que será publicado pela Rede Unida para compor o livro “*Cuidar de mulheres e crianças no SUS: diálogos sobre a gestão do trabalho e educação e as práticas do cuidado*”, produção essa voltada para os profissionais que atuam no acolhimento à mulher migrante venezuelana em estado puerperal, onde aborda a respeito de fundamentos voltados para essas usuárias na APS.

Na segunda produção foi elaborado um guia educativo disposto em língua espanhola e portuguesa com acesso em PDF via QR-Code (APÊNDICE C), contendo as principais sessões orientadoras à puérpera migrante venezuelana, que são: o SUS e os direitos oferecidos, a UBS quanto a sua funcionalidade e composição, o período puerperal abordando sobre as mudanças que ocorrem nessa fase e a assistência necessária, o acolhimento e o papel da equipe da ESF mínima durante a assistência, a visita domiciliar e a sua importância nesse período, e por fim a escuta qualificada durante o contato profissional-paciente e o objetivo da mesma. Informações essas transcritas na língua espanhola, e para fim de complementação, expandiu-se o guia na língua portuguesa contribuindo para as demais puérperas.

5 DISCUSSÃO

Gerar uma discussão a respeito das práticas assistenciais realizada por profissionais da equipe mínima da ESF frente a migrante venezuelana em estado puerperal é desafiador, pois tal temática pode abranger inúmeras vertentes relevantes a serem consideradas nesta discussão. À luz dos resultados obtidos, foram identificadas as seguintes ações assistenciais de acolhimento prestadas por esta equipe da ESF: a visita domiciliar, a escuta qualificada, as orientações em saúde, e têm-se a linguagem e comunicação como fator que pode contribuir ou não para a saúde, e pôr fim a influência da pandemia da COVID-19 durante a realização dessas práticas de cuidar.

Quanto a visita domiciliar, de acordo com os profissionais da equipe mínima das UBS, ela deve ser realizada mediante a necessidade da migrante venezuelana em estado puerperal, podendo ser interprofissional, sendo efetivada nos primeiros, 7, 10 e 14 dias após o parto, visando avaliar e rastrear as dificuldades vividas pelo binômio mãe-filho, podendo ter como resultado a criação de um vínculo.

Para Lima e Araújo (2021), a realização da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), se faz necessário para seja prestado os cuidados à mulher durante o período puerperal,

objetivando prevenir o aumento da morbimortalidade materno-infantil, e inserida nesses cuidados tem-se a visita domiciliar, realizada por qualquer profissional da equipe da ESF, formando um conjunto de práticas contínuas e planejadas de acordo com o que a puérpera e a sua família necessitam.

Portanto, é indispensável que esses profissionais se articulem a fim de se fazerem resolutivos as demandas que são subjetivas à puérpera. Demandas essas identificadas através do encontro profissional-paciente, utilizando a escuta qualificada e observando como o paciente reage a sua realidade vivida (BRASIL, 2020a). Momento esse oportuno para identificar o modo em que se vivem as migrantes venezuelanas em estado puerperal, e cada profissional pode ter um olhar diferente durante a visita, benefício esse para a equipe podendo trazer resolutividade aos problemas identificados.

Em seu estudo Hollanda et al. (2019), conclui a importância dos resultados que se dá através da sistematização das visitas domiciliares. Para que a visita domiciliar seja realizada de modo eficaz é indispensável que se tenha uma rede integrada de cuidados que atue em concordância entre os gestores, profissionais da saúde e os usuários; a fim de que as problemáticas sociais sejam sanadas e os meios de acesso seguro às residências estejam à disposição.

Pensando na realização das visitas domiciliares de modo adequado, o Ministério da Saúde dispõe do manual “*ATENÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA*”, do ano de 2020, o qual serve de orientação para todos os profissionais da ESF, de acordo com o que compete a cada um. Durante o puerpério, é importante que a realização da visita domiciliar seja feita pelos profissionais que a acompanharam durante o pré-natal, levando em consideração que eles possuem um conhecimento prévio sobre a usuária (LIMA; ARAÚJO, 2021).

Os objetivos da visita puerperal são, avaliar a condição que se encontra a puérpera e o recém-nascido e como ambos interagem; realizar orientação e apoio a família para amamentação e os cuidados básicos ao recém-nascido; orientar quanto ao planejamento familiar e verificar os possíveis fatores de risco a saúde ou intercorrências, para que se adote medidas de prevenção de acordo com a realidade vivida (CARVALHO et al., 2018).

A visita domiciliar é uma prática capaz de proporcionar ao binômio mãe-filho a atenção que o período puerperal exige, logo é recomendado que ela seja feita até o sétimo dia após o parto. Por meio dela é possível que os profissionais avaliem como se encontra o estado de saúde da mãe (migrante venezuelana) e do bebê, permitindo que se desenvolva ações de

intervenções a fim de se gerir o cuidado de acordo com a singularidade e especificidade de cada um (HOLLANDA et al., 2019).

Dessa forma, os profissionais da equipe mínima da ESF em Boa Vista estão realizando a visita domiciliar de acordo com o período preconizado pelo Ministério da Saúde, com avaliações singulares, rastreamento de riscos e necessidades da usuária migrante venezuelana.

Para Carvalho et al. (2018), a visita é considerada como um instrumento de intervenção quando necessário, pois permite que o profissional mantenha um vínculo com o trinômio mãe-filho-família, aproximando da realidade vivida e permitindo que se identifique as necessidades do estado de saúde.

O vínculo que se cria entre a puérpera e a rede de apoio se dá por meio da estrutura da APS, que presta o cuidado e acompanhamento de modo contínuo aos usuários, promovendo a promoção da saúde (LOSCO; GEMMA, 2019). Para que esse vínculo seja consolidado, os profissionais da ESF valorizam a visita domiciliar, considerada como instrumento responsável pela aproximação e criação do elo entre os usuários e a unidade prestadora de serviço, momento em que é possível identificar as reais necessidades enfrentadas (BRASIL, 2020a).

De acordo com Ministério da Saúde, tal visita visa realizar o mapeamento de dados da população que necessita de atenção domiciliar, e as puérperas migrantes venezuelanas estão inclusas nesse público-alvo, devendo ser realizada pelos ACS na microárea em que atua, buscando os critérios pré-definidos pela equipe por meio da coleta de informações, podendo ser posteriormente pelo enfermeiro sistematizadas, e as demandas podem ser encaminhadas para os demais profissionais (BRASIL, 2020a).

Cada território possui suas singularidades, caracterizando variados perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, os quais encontram-se em contínuas mudanças. Logo, deve ser considerado esses perfis pelas equipes de saúde durante a atuação, dialogando com os usuários para que detenham o poder durante a realização das práticas de acordo com a realidade vivida (UFSC, 2016).

O ACS é o profissional reconhecido por saber quem são os usuários que moram no território, e em sua maioria sabem das dificuldades vividas por eles, uma vez que estão inseridos no fluxo territorial. Logo esse profissional, possui meios diferenciados para realizarem o acolhimento aos usuários, que na situação de migrante venezuelano, muitos se encontram “escondidos”, por inúmeros motivos, como pelo modo de vida no novo país, pelos documentos e por condições precárias no local de trabalho (LOSCO; GEMMA, 2019).

Através da territorialização que é identificado o público-alvo para os serviços ofertados, após a delimitação da área de abrangência e identificação dos usuários (LOSCO;

GEMMA, 2019). Por meio desse diagnóstico populacional, é permissível que se identifique a população e as necessidades enfrentadas (BRASIL, 2020a).

Com a maciça e contínua migração venezuelana têm-se a formação de novas territorialidades, resultado da inserção de novos grupos populacionais, que de modo (in)direto acabam criando e recriando suas particularidades e singularidades no território. Esse fluxo migratório impossibilita a preservação do elo entre a puérpera e a UBS, tendo o ACS como profissional que vivencia de maneira ativa a dinâmica populacional que a migração gera (LOSCO; GEMMA, 2019).

Nesse cenário a APS vivencia um desafio pela preservação do vínculo e elo que fora criado durante a visita domiciliar, entre a puérpera migrante venezuelana com os profissionais da equipe da ESF. Durante o contato, é necessário que o profissional utilize de estratégias que mantenha a usuária sempre próxima a equipe, e que ela busque sempre a assistência quando necessário.

Durante esse processo é importante que a migrante expresse as suas queixas, e cabe ao profissional utilizar desse momento para realizar a escuta qualificada. Os profissionais da equipe mínima em Boa Vista - RR demonstraram ter uma escuta biológica para as queixas clínicas, durante o atendimento. Em um primeiro momento eles classificam a puérpera migrante venezuelana orientados pela escuta clínica e avaliação detalhada de seus riscos.

A escuta biomédica faz com que o profissional durante a realização da assistência à saúde do paciente, utilize de forma centralizada em si as práticas e o seu conhecimento para a realização das mesmas (VERDI; ROS; CUTOLO, 2010). O corpo humano durante essa escuta, é analisado como uma complexa máquina, composta por partes que se comunicam sujeitando-se às leis naturais (MELO et al., 2013).

No puerpério, as práticas de assistência à saúde da mulher migrante venezuelana sofreram a influência do modelo biomédico, mas não se limitou a ele. A usuária foi escutada pela ótica da singularidade da pessoa humana pelo profissional, o que possibilitou a realização de condutas de acordo com as necessidades expressadas durante o contato com a usuária na UBS.

Há que se considerar na dimensão da escuta qualificada uma atenção direcionada para elementos de ordem emocional, necessidades individuais e singulares a cada puérpera migrante venezuelana, escuta das histórias de vida orientado por atitudes de atenção e acolhimento (BRASIL, 2013).

A escuta qualificada está inserida dentro do acolhimento ao usuário, e dependendo da situação, se faz necessário um espaço que mantenha restrito esse encontro entre o paciente e o

profissional de saúde. Durante esse momento o profissional deve escutar as queixas do paciente, e as demais demandas, como as expectativas e medos, sendo necessário que se identifique os riscos à saúde e as vulnerabilidades, realizar o acolhimento de fato, avaliando o próprio paciente (SÃO PAULO, 2014).

O ato da escuta qualificada, sobretudo no processo de enfermagem apresenta como base a integralidade, durante a consulta de enfermagem, onde inicialmente deve se identificar os problemas através do histórico de enfermagem, da escuta qualificada na qual deve ser realizada no local privativo, onde se favoreça a criação de um vínculo (CRIVELALO, 2020).

Tal atitude de acolhimento permite que se tenha um encontro com o que é subjetivo do paciente, podendo ser caracterizado como procedimento que desperta a sensibilidade ao que se comunica e se expressa por meio de gestos e falas, atitudes, emoções e sentimentos (SANTOS, 2019).

A PNH traz o acolhimento ao usuário para que se tenha o funcionamento da assistência dos trabalhadores da ESF em uma lógica de valorização da escuta qualificada. Tal prática garante que as usuárias tenham o acesso às tecnologias em saúde que sejam apropriadas ao que se é necessário, aumentando a eficiência das práticas em saúde (BRASIL, 2013).

A escuta qualificada realizada por meio das orientações contidas na PNH, traz aos usuários garantias a sua saúde, como por exemplo, o atendimento a todos de acordo com a classificação de vulnerabilidade (BRASIL, 2013).

A terceira ação identificada como acolhedora prestada pela equipe mínima das UBS junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal, diz respeito ao fornecimento de orientações em saúde. Orientar, têm em si, o destaque às necessidades que se relacionam à saúde dos usuários que acontecem na conjuntura social; a compreensão das dificuldades vividas (REICHERT et al., 2016).

A orientação é um ato que está intrínseco ao acolhimento, prática essa embasada na PNH, a fim de ofertar uma assistência de qualidade aos usuários na UBS. Tal política tem a sua atuação através de orientações quanto, a política da funcionalidade da APS, as atitudes éticas e condutas clínicas, que representam os sistemas de trabalho (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Nas UBS de Boa Vista, os profissionais que prestam o atendimento as migrantes venezuelanas em estado puerperal, afirma que durante os seus atendimentos realizam orientações em saúde, abordando assuntos que são pertinentes a esse período, como, o aleitamento materno, a alimentação e suplementação, o planejamento familiar e ações de

cuidado voltadas ao recém-nascido, abrangendo sempre a mãe, o filho e a família de acordo com a realidade vivida.

É fundamental que nos setores que prestam assistência à puérpera, tenham uma abertura referente às transformações sociais, e que execute de modo amplo a sua competência de educar e prover a saúde (BRASIL, 2005). As orientações durante essa fase da vida na mulher baseiam-se para a amamentação, alimentação, suplementação de vitaminas e planejamento familiar.

Nesse prisma, o êxito do aleitamento materno se relaciona ao conhecimento apropriado em relação ao preparo e higiene das mamas, a posição da mãe e do bebê que deve ser confortável para ambos, e a pega correta na mama que deve ser na região da aréola e que não traga desconforto para a mãe. É importante que o profissional procure conhecer as crenças que a puérpera tem em relação a amamentação, e logo em seguida a mesma deve ser orientada quanto às vantagens que esse ato traz para o vínculo mãe-filho e o crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2005).

Os cuidados com a mãe após o nascimento devem ter continuidades, envolvendo a higiene, realização e alimentação saudável acompanhada da suplementação alimentar com sulfato ferroso 40mg/dia, após o parto durante três meses. Orientar também que ela tem o poder de escolha quanto ao método contraceptivo, para que se tenha o planejamento reprodutivo, podendo ser hormonal (via oral ou intramuscular) ou não hormonal (preservativo ou DIU) (BRASIL, 2005).

Quanto ao recém-nascido (RN), deve ser realizado a triagem neonatal (teste do pezinho e auditivo), identificando se há um risco habitual, e quanto a imunização certificar se na maternidade foi realizado as vacinas BCG e hepatite B, e informar que posteriormente serão realizadas as outras de acordo com a idade. A puérpera deve levar seu filho a unidade para realização de consultas no 2º; 4º; 6º; 9º; 12; 18 e 24º mês de vida, destinadas para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e realizar orientações quanto ao cuidado e higiene (BRASIL, 2012; SÃO PAULO, 2018; BRASIL, 2005).

E por fim, a família e a comunidade também devem participar da assistência e receber as orientações dessa nova etapa da vida, pois eles encontram-se inseridos nessa mudança, sendo necessário a adaptação para o recebimento do RN. A família deve ser um apoio social e emocional para a mãe durante todo o processo do puerpério, e ela deve ser inserida durante o atendimento à puérpera, sendo agentes facilitadores do puerpério (BRASIL, 2012).

De fato, a migrante venezuelana em estado puerperal deve obter o conhecimento a respeito de seus direitos, e a disponibilidade dos serviços que lhe são ofertados, e em caso de

recusa da assistência, deve ser informada também sobre os riscos e consequências para si, auxiliando a tomada de decisões (PETRA, 2016).

Além disso, no campo das migrações as orientações dos profissionais da equipe mínima da ESF estiveram atreladas a instrumentalização das migrantes venezuelanas em estado puerperal ao reconhecimento dos atributos da UBS, seus direitos enquanto usuárias do SUS e identificação das redes de apoio à saúde.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada também de “Lei Orgânica da Saúde”, foi a responsável pela criação do SUS. Em outras palavras, é o princípio constitucional da saúde na versão prática, onde ela é considerada direito de todos e o dever do Estado (BRASIL, 1990; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010).

De acordo com a carta de direitos aos usuários, é direito do paciente ter acesso a promoção, prevenção, proteção e ao tratamento necessário para sua recuperação, isso se dá por meio da entrada aos serviços de saúde no âmbito da APS, de maneira ordenada e organizada aos centros de saúde, postos de saúde, UBS ou similares que estão dispostos nas proximidades da residência (BRASIL, 2011).

Para um atendimento humanizado, independente da origem a carta ainda traz a respeito dos direitos, que:

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (BRASIL, 2011).

A migrante venezuelana em estado puerperal deve ter como porta de entrada desde o pré-natal, a UBS prestando assistência à saúde a usuária de acordo com a necessidade, utilizando estratégias para realizar o acolhimento, proporcionando de maneira longitudinal e contínua todo o acompanhamento, principalmente no período gravídico (BRASIL, 2012).

Todo profissional da ESF que mantenha principalmente o primeiro contato com qualquer migrante, deve ser qualificado para prestar um acolhimento humanizado, pois esse primeiro momento é crucial para a continuidade da assistência. A comunicação será o elo principal entre o profissional e a usuária migrante venezuelana em estado puerperal, ela deve ser realizada de modo que se tenha a compreensão do que é falado entre as duas partes, podendo ser realizado na língua materna ou preferencialmente do beneficiário (PEDRA, 2016).

No que tange aos fatores que interferem foram rastreados a comunicação e a linguagem com a paciente migrante venezuelana, o ato de se fazer compreender o que se fala

e quais as necessidades em saúde. A pandemia da COVID-19 também foi um fator que interferiu diretamente na realização da assistência de maneira acolhedora e humanizada.

A fim de prestar uma assistência que seja mais eficiente e que se adeque ao que a usuária migrante em estado puerperal necessita, os profissionais devem ter a sensibilidade para compreender o que é falado. Os profissionais da ESF devem criar estratégias para realizar o acolhimento humanizado. Nesse sentido, é fundamental que eles tenham competência cultural e política para aprender os valores, as crenças e o modo de vida no contexto das migrações (SILVA, 2021).

Na relação da cultura com a linguagem verbal há uma demanda para o profissional de saúde sobre o conhecimento da língua falada, ou que se utilize de outros meios para que o usuário migrante seja compreendido e assistido. Dessa forma, a comunicação nas unidades de saúde pode ser atrapalhada com as diferenças culturais e linguísticas, influenciando no entendimento do processo saúde-doença, que é determinado pela cultura do paciente. Essa problemática resulta da diferença da língua e conhecimento, que em sua maioria não são compartilhados durante o diálogo (LOCO; GEMMA, 2019; CORIOLANO-MARINUS et al., 2014).

Os profissionais brasileiros da ESF do município de Boa Vista durante a comunicação puderam vivenciar o que anteriormente fora citado, porém eles utilizaram de meios para que se tenha o entendimento da comunicação, como a tradução simultânea com um aplicativo tradutor ou intérprete. Já os profissionais que são estrangeiros vivenciam outra realidade, uma realidade mais próxima da migrante venezuelana em estado puerperal, pelo fato de falarem a língua espanhola, havendo a compreensão menos ruidosa do que ouve e fala.

No mesmo município, Silva (2021), reforça que a comunicação verbal entre enfermeiros brasileiros e pacientes migrantes são interpelados por dificuldades durante o momento da comunicação, tendo a língua como uma barreira para a realização do cuidado, para a explicação do processo saúde-doença e a realização do tratamento.

Outro fator rastreado junto à saúde das mulheres migrantes em estado puerperal, e até não migrante, foi a pandemia ocasionada pela COVID-19. Onde 8 UBSs passaram a prestar atendimento à saúde somente para usuários com sintomas respiratórios, e os demais atendimentos foram encaminhados para as unidades mais próxima do território, aumentando a procura para esse tipo de atendimento, exigindo um maior deslocamento em alguns casos, e a dificuldade para o monitoramento do período puerperal.

O enfrentamento da COVID-19 exigiu a elaboração de planos e protocolos para o bom funcionamento das redes de saúde. A APS foi utilizada como retaguarda para os outros

serviços e instituições de saúde, já para outras organizações de saúde foram realizadas parcerias, otimizando as habilidades disponíveis e possibilitando a solidariedade (MEDINA et al., 2020).

Medina et al. (2020), reitera que a APS pode ser disposta em quatro vertentes, a primeira seria nos territórios a vigilância em saúde; a segunda seria a assistência à saúde para os usuários acometidos pela COVID-19; a terceira em ser um apoio aos grupos sociais que estão em situação de vulnerabilidade; e por último o seguimento nos serviços oferecidos pela APS. Ela tem sido fundamental para manter a ordem no cuidado, identificando de modo precoce os cuidados, realizando o monitoramento, e encaminhando os sintomáticos respiratórios graves para as demais unidades de assistência (CIRINO et al., 2021).

A pandemia exigiu uma modificação nas estruturas dos modos de trabalho na APS, pois a mesma deveria continuar dando a garantia da assistência prioritária à saúde que já é realizada, e manter a vigilância dos casos de COVID-19 (CIRINO et al., 2021).

Quanto às visitas domiciliares, o Ministério da Saúde, trouxe o documento “*Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS*” importantes para que se preserve a segurança do paciente e do profissional. No domicílio, as atividades devem ser realizadas na área peridomiciliar, priorizando visitar pacientes do grupo de risco, mantendo o distanciamento de no mínimo 1 metro, utilizando máscara cirúrgica e álcool em gel (BRASIL, 2020b).

Todas as assistências à saúde nas unidades sofreram alterações, principalmente porque esse período exigiu o distanciamento social, afetando até mesmo a visita domiciliar, logo para essas e outras problemáticas o Ministério da Saúde teve que elaborar protocolos que visam o cuidado com as novas restrições, levantando a problemática de que a população migrante já possuía uma dificuldade quanto ao conhecimento do fluxo de atendimento antes da pandemia, com a dificuldade para comunicação e obtenção de informação, a assistência ficou mais fragilizada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Está certo de que os profissionais da equipe mínima da ESF que se propuseram a participar da pesquisa, prestam o acolhimento de modo interdisciplinar às mulheres migrantes durante o período puerperal, através de práticas assistenciais que foram identificadas por meio das entrevistas, sendo elas: a visita domiciliar, a escuta qualificada e as orientações em saúde, incluindo um saber-fazer majoritariamente com um olhar biológico e singular.

A primeira prática identificada foi a visita³ domiciliar, realizada nos primeiros dias após o parto, a qual tem a sua frequência de acordo com a necessidade da puérpera migrante venezuelana, contando com a participação de toda a equipe mínima da ESF, com o objetivo de avaliar e rastrear as dificuldades enfrentadas por essas usuárias, e se necessário é realizada condutas de acordo com a competência de cada profissional, podendo também identificar as evasões do território da migrante venezuelana em estado puerperal, e por fim tal prática resulta a criação de um elos e vínculos entre o binômio profissional-paciente.

A escuta qualificada foi caracterizada como a segunda prática de acolhimento a migrante venezuelana em estado puerperal, realizada pelos profissionais de maneira atenta, acolhedora e atenciosa, através de uma escuta biológica e emocional para as queixas expressadas pelas pacientes, permitindo a classificação de riscos de acordo com a singularidade de cada migrante puérpera.

A última prática de acolhimento possível identificar, foram as orientações em saúde, realizada quando necessária pelo profissional que presta assistência a migrante venezuelana em estado puerperal, podendo abranger além dela, o filho, a família e a comunidade. Os temas abrangem acerca do aleitamento materno, alimentação saudável e suplementação, práticas de higiene, planejamento familiar, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do RN.

As práticas que foram citadas visam a promoção de saúde para a mulher migrante venezuelana durante o período puerperal, no decorrer de todo esse processo a usuária passa a conhecer os seus direitos a assistência à saúde, a reconhecer o papel do profissional na UBS, e como as redes de atenção à saúde funcionam na APS.

Foi possível também rastrear fatores que interferem de forma direta na realização do adequado acolhimento à migrante venezuelana em estado puerperal pela equipe da ESF, sendo eles, o processo da comunicação entre o binômio profissional-paciente, e a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2.

A comunicação trouxe três vertentes para se pensar durante a sua execução. A nacionalidade do profissional e o seu domínio fluente da língua espanhola foi algo que o favoreceu, e facilitou a assistência. Já aquele profissional que não conta com esse ponto facilitador, pôde utilizar de estratégias como a capacitação na língua, a utilização de aplicativos que realizem a tradução, e até mesmo um profissional que faça a tradução simultânea. A comunicação também foi algo que dificultou o ato do acolhimento, a variação do espanhol possuindo uma origem mais regionalizada dificultou a compreensão, a disponibilidade do tempo para se comunicar de forma eficaz e o aumento da demanda pela busca de assistência à saúde nas UBS contribuiu para esse fato.

A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 também foi um fator que impactou a assistência, resultando no isolamento social, alterando a dinâmica assistencial nas redes de saúde, o adoecimento da população e inclusive dos profissionais. O Ministério da Saúde foi o responsável por elaborar orientações que visaram promover e prevenir a saúde de acordo com as restrições necessárias, modificando a rotina da UBS, suspendendo consultas e visitas domiciliares, o que conseqüentemente aumentou os problemas psicológicos.

Baseado nisso, o presente estudo espera contribuir para a assistência à mulher migrante venezuelana em estado puerperal a partir do conhecimento das práticas assistenciais realizadas e os fatores que nelas interferem. Logo, com este conhecimento foi possível produzir dois produtos técnicos: o primeiro representado por um capítulo de livro que compõe a série “*Cuidar de mulheres e crianças no SUS: diálogos sobre a gestão do trabalho e educação e as práticas do cuidado*”, e está direcionado para orientações voltadas aos profissionais da ESF e o segundo relacionado a um guia educativo na língua espanhola para as puérperas migrantes venezuelanas.

Dentre as limitações presentes neste estudo, tivemos a recusa pelos profissionais quando foram informados da realização da entrevista utilizando o gravador. A restrição causada pela pandemia foi um ponto que gerou dificuldade. O fato do estudo não ser realizado em todas as UBS do município de Boa Vista permite afirmar que generalizar os achados ainda não é possível, e por fim, o guia de orientação para as puérperas migrantes venezuelanas ainda não foi validado por juízes-especialistas no domínio da Saúde Coletiva e da Enfermagem Obstétrica.

Com base no que já foi dito, espera-se que posteriormente o presente estudo possa incentivar a criação de uma linha investigativa-assistencial considerando outros povos migrantes em região de fronteira, para assim singularizar a assistência de acolhimento à mulher migrante no período puerperal junto ao SUS.

Este estudo marcou apresentar a lacuna a ser desdobrada em investigações futuras a relação existente entre a APS / Rede Básica com os serviços de maior grau de complexidade responsáveis em assistir a mulher no ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L.M.; CALDAS, J. **Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?** Porto: Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía, Vol. I, nº 1, Enero-Junio, 2012. 18p.
- ANDRADE, R.D. et al. **Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2015.
- ARAÚJO, L. de A; REIS, A. T. **Enfermagem na prática materno-neonatal.** Edição eletrônica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012. 312p.
- BARATIEIRI, T.; NATAL, S. **Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa.** Santa Catarina: Ciência & Saúde Coletiva. 2019. 12p.
- BARDIN, L. Organização da Análise In: BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução: Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. 141 p.
- BARRETO, T. M. A. C.; RODRIGUES, F. S.; BARRETO, F. **OS IMPACTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DECORRENTES DA MIGRAÇÃO VENEZUELANA EM RORAIMA.** HUMANIDADES & TECNOLOGIA EM REVISTA (FINOM). vol. 14. 2018. 10p.
- BARRETO, T. M. A. C.; FERKO, G. P. S.; RODRIGUES, F. S. **Custos hospitalares de doenças atribuíveis a fatores ambientais entre os residentes de Boa Vista e os incrementos do atendimento aos migrantes venezuelanos.** Caderno de Saúde Coletiva, 2022. 9p.
- BERTOLDO, J. **Migração com rosto feminino: múltiplas vulnerabilidades, trabalho doméstico e desafios de políticas e direitos.** Florianópolis: v. 21, n. 2, 2018. 11 p.
- BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). 2015. 127p.
- _____. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 03 maio 2021.
- _____. Ministério da Saúde, **Caderneta da Gestante.** Edição eletrônica. Brasília: Ministério da Saúde. 4ª edição. 2014. 56p.
- _____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 28 p.
- _____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 242p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. 1ª edição. 1ª reimpressão. 2013. 16p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020a. 98 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS**. 1ª Edição. 2020b. 3p.

_____. Ministério da Saúde. **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)**. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.

CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C. (Org). **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo. – Secretaria da Saúde SES/SP, 2010. 234p.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Ciência & Saúde Coletiva. 2007. 11p.

CAPES. Ministério da Saúde. **Produção Técnica**. Grupo de Trabalho. Brasília. 2019. 81p.

CARVALHO, M. J. L. N. et al. **PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR PUERPERAL: UMA ESTRATÉGIA PROTETORA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**. Revista Paulista de Pediatria. 2018. 8p.

CHIRIBOGA, M. A. et al. (Cols.). **Manual de Enfermagem: Enfermagem materno-infantil**. Edição 2008. Barueri: Editora Vergan Brasil. 423p.

CIRINO, F. M. S. B. et al. **Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP**. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2021.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1). 2009. 9p.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. et al. **Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura**. aúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014 14p.

CORRÊA, M. S. M. et al. **Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério**. Recife: Cad. Saúde Pública, 2017. 12p.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**. Rio de Janeiro: Saúde Debate. v. 39, n. 105. 2015. 11p.

CRIVELALO, P. M. S. **Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde**. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 7, p. 49310-49321, jul. 2020. 12p.

DIAS, M. S. de A. et al. (orgs.) **Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família**. Porto Alegre: Rede UNIDA. 1. ed. 2015. 385 p.

DISTRITO FEDERAL. **Portaria SES-DF Nº 342 de 28.06.2017**. Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. Distrito Federal: Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. 2017. 44p.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. **30 anos do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Epidemiol. Serv. Saude. 2018. 2p.

FREITAS, A. Geografia e História de Roraima. Ed. rev. e ampl. Boa Vista, DLM, 2000.

GACEMA, L. R. **PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE NO EXTREMO NORTE DO BRASIL**. Roraima: Boa Vista, 2020. 43 p.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Método de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GIL, R. L. **TIPOS DE PESQUISA**. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), 2008. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/Tipos-de-Pesquisa.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

GOMES, G. F.; SANTOS, A. P. V. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPERIO**. Bahia: Revista Enfermagem Contemporânea. 2017. 10p.

GRANADA, D. et al. **Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana**. Botucatu: Interface. 2017. 12p.

HOLLANDA, G. S. E. et al. **Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho**. *Journal of Nursing and Health. Faculdade de Enfermagem*. UFPel. 2019. 13p.

INSTITUTO MIGRAÇÕES E DIREITOS HUMANOS. **Glossário**. Brasil: IMDH. 2014. Disponível em: <[LIMA, C. S.; ARAÚJO, T. C. V. A VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO AO PUERPÉRIO. *Revista Ciência Plural*. 2021. 18p.](https://www.migrante.org.br/imdh/glossario/#:~:text=Movimento%20de%20pessoas%2C%20grupos%20ou%20povos%20de%20um%20lugar%20para%20outro.&text=Migrante%20%C3%A9%20pois%2C%20toda%20a,outro%20lugar%2C%20regi%C3%A3o%20ou%20pa%C3%ADs.>>. Acesso em: 03 maio 2021.</p></div><div data-bbox=)

LOPES, A. S. et al. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários**. Rio de Janeiro: Saúde Debate, v. 39, n. 104. 2015. 10p.

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. **Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante**. Botucatu: Interface. 2019. 13p.

MARANDOLA JR., E.; DAL GALLO, P. M. **Ser migrante: implicações territoriais e existenciais da migração**. Rio de Janeiro: Rev. bras. estud. popul. vol.27, n.2. 2010. 18p.

MARQUES, A. C. M. de S.; LEAL, M. D. F. O. **MIGRANTES VENEZUELANOS NO BRASIL: COOPERAÇÃO COMO MEIO PARA GARANTIR DIREITOS**. Brasil: Congresso Internacional dos Direitos Difusos (CONIDIF), 2017. 11p.

MARTINO, A.; RANGEL, G. C. C. **Migração e Saúde em uma perspectiva epistemológica: reflexões para os trabalhadores da área da saúde**. *Saúde em Redes*. 2019. 19p.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. **Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço**. Botucatu: Interface. 2017, vol.21, n.60, 2017. 10p.

MAYNART, W. H. C. et al. **A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial.** Acta Paul Enferm. 2014. 5p.

MEDINA, M. G. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?** Cad. Saúde Pública 2020. 5p.

MELO, S. C. C. et al. **Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros.** Rev Bras Enferm. 2013. 7p.

MENDES, E. V. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MILESI, R.; COURY, P.; ROVERY, J. **Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual.** Porto Alegre: Aedos. v 10, n 22, 2018. 18p.

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

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. **Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa.** Revista Lusófona de Educação, v. 40, n. 40. 2018. 15p.

MIRANDA, J. F. M. **Mães imigrantes e saúde – Estudo sobre as brasileiras em Portugal.** Porto: Universidade Fernando Pessoa. Porto. 2011. 95p.

MONTENEGRO, C.A.B.; FILHO, J.R. **Rezende obstetrícia fundamental.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 13. ed. 2014. 1012p.

MORAES, S. A. C. de. **A VISITA DOMICILIAR A PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO.** Boa Vista: Universidade Federal de Roraima (UFRR). 2016. 54f.

MOREIRA, V. S. **Migrações Femininas e a Nova Lei de Migrações.** Bahia: Universidade Federal da Bahia. Dossiê. vol 04, n. 04. 2018. 18p.

MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. **O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema.** Rio de Janeiro: Rev. SBPH vol.17 nº.1. 2014. 19p.

OLIVEIRA, R. G. de. **Blackbook – Enfermagem.** Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016. 816p.

OLIVEIRA, V. L. de A.; COSTA, E. S. **MIGRAÇÃO VENEZUELANA NA PERSPECTIVA DAS MULHERES.** In: OLIVEIRA, M. M.; LUTTNER, C. M. A.; SANTOS, R. D. M. (Org.). Coletânea Migração & Wash reflexões sobre o contexto de Roraima. Boa Vista Editora da UFRR, 2020. p. 131-148.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS. 2018. 222p.

PEDRA, A. J.B. **Guia de Atendimento aos Migrantes, Refugiados, Vítimas de Tráfico de Pessoas e Brasileiros Retornados, em situação de vulnerabilidade e em áreas de**

fronteira. Brasília: ICMPD (International Centre for Migration Policy Development) & Ministério da Justiça e Cidadania, 2016. 91p.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. **A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família**. INTERFACE: COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.15, n.36. 2011. 12p.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 276p.

RAMOS, M. N. **MIGRAÇÃO, MATERNIDADE E SAÚDE**. Salvador, nº18, 2012. 10 p.

REICHERT, A. P. S. et al. **Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à saúde da criança**. Ciência & Saúde Coletiva. 2016. 10p.

REIS, D. O; ARAÚJO.E.C; CECÍLIO. L. C. O. **Políticas Públicas no Brasil: SUS e Pactos Pela Saúde**. São Paulo: UNIFESP. 2010. 18p.

ROCHA, C.M.F. et al. **Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutividade em Portugal**. Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, 2012. 11p.

ROIG, J. N. **MIGRAÇÕES INTENACIONAIS E A GARANTIA DE DIREITOS – UM DESAFIO NO SÉCULO XXI**. In: BAENINGER, R.; SILVA, J. C. J. (Coord.). **MIGRAÇÕES VENEZUELANAS**. 1ª edição. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018. p. 27-30.

SANTOS, A. B. **Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica**. Revista da Rede APS. vol. 1, n. 2. 2019. 10p.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **PARECER COREN-SP 040/2014 – CT**. Ementa: Atuação dos profissionais de Enfermagem no Acolhimento e Escuta Qualificada na Atenção Básica. Relatora: Ms. Simone Oliveira Sierra. Revisor: Alessandro Lopes Andrighetto. São Paulo, de 30 de julho de 2015.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério**. / organizado por Carmen Cecília de Campos Lavras -- São Paulo: SES/SP, 2018. 276p.

SEIXAS, C. T. et al. **O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam**. Botucatu: Interface. 2019. 14p.

SILVA, F. C. A.; SOUSA, E. M. **A migração venezuelana e o aumento da pobreza em Roraima**. Fortaleza: Tensões Mundiais, V. 14, n. 27, 2018, 15p.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B. de; BOSI, M. L.M. **Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Saúde Debate, v. 38, n. 103. 2014. 12p.

SILVA, P. S. **Migração venezuelana:** reflexões sobre comunicação verbal produzida por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Rev baiana enferm. 2021. 10p.

SILVA, P. S.; ARRUDA-BARBOSA, L. **IMIGRAÇÃO DE VENEZUELANOS E OS DESAFIOS ENFRENTADOS POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** Enferm. Foco. 2020. 7p.

SILVA, S. A. da. **FRONTEIRA AMAZÔNICA: PASSAGEM OBRIGATÓRIA PARA HAITIANOS?.** Brasília: REMHU - Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Ano XXIII, n. 44. 2015. 16p.

SILVA, T. P. R. et al. **Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento.** Rev Bras Enferm. 2019. 9p.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO.** São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56p.

SOLER, D. A. R. **QUALIDADE DE VIDA NO PUERPÉRIO.** São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). 2014. 134p.

STEFFENS, I.; MARTINS, J. **“FALTA UM JORGE”:** A SAÚDE NA POLÍTICA MUNICIPAL PARA MIGRANTES DE SÃO PAULO (SP). São Paulo: Lua Nova. 2016. 27p.

TOBASE, L. et al. **Escuta empática:** estratégia de acolhimento aos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia por coronavírus. Rev Bras Enferm. 2021. 4p.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. **Imigração e saúde:** a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. São Paulo: Saúde e Sociedade. São Paulo, v.22, n.2. 2013. 13p.

TORRES, K. R. B. O. et al. **Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Physis: Revista de Saúde Coletiva. v. 30. 2020. 22p.

United Nations International Children's Emergency Fund. **Crise migratória venezuelana no Brasil:** O trabalho do UNICEF para garantir os direitos das crianças venezuelanas migrantes. UNICEF: Brasil. 2019. Disponível em: < <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>>. Acesso em: 03 maio 2021.

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadoras: Claudia Flemming Colussi; Kátiuscia Graziela Pereira. - Florianópolis: UFSC, 2016. 86 p.

VEDOVATO, L. R. **AÇÃO CIVIL ORIGINÁRIA ENTRE VENEZUELA E BRASIL: A CONSTRUÇÃO DO DIREITO DE INGRESSO.** In: BAENINGER, R.; SILVA, J. C. J. (Coord.). **MIGRAÇÕES VENEZUELANAS.** 1ª edição. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018. p. 45-52.

VELLOSO, A. F.; VARANDA, M. P. **Difusão de inovação e atores-chave na ESF.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Colet., 2017. 10p.

VERDI, M. I. M.; ROS, M. A.; CUTOLO, L. R. A. **Saúde e sociedade.** Universidade Aberta do SUS (UFSC). Florianópolis. 2010. 87p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever.** Geneva: WHO, 2008.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA EM PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

APÊNDICE A: ROTEIRO DA ENTREVISTA

PROJETO DE PESQUISA: “Rastreamento das práticas de acolhimento a puérpera migrante venezuelana na atenção primária à saúde: proposta de um instrumento educativo-assistencial”.

Número do participante: _____

Data da pesquisa: ____/____/____

SEÇÃO 1. Caracterização do participante:

Unidade Básica de Saúde:	
Sexo: () F () M	Idade: _____ anos
Profissão:	
() Médico () Enfermeiro () Técnico/auxiliar de enfermagem () ACS	
Possui especialização/pós-graduação?	
() Não () Sim, qual? _____	
Tempo de atuação na unidade: _____ anos	
Possui algum conhecimento sobre a língua espanhola?	
() Fluente () Intermediário () Entende mas com dificuldade () Não entende	

SEÇÃO 2. Ações assistenciais de acolhimento prestadas pela equipe mínima da ESF:

1- O que você entende como acolhimento em saúde?
2- Quais práticas assistenciais você considera como acolhedoras a migrante venezuelana em estado puerperal?
3- Como você cuida/assiste/visita a migrante venezuelana em estado puerperal?
4- Quais os fatores que facilitam você acolher uma mulher migrante venezuelana em estado puerperal?
5- Quais são os fatores que dificultam você acolher uma mulher venezuelana em estado puerperal?
6- Cite cinco práticas assistenciais que você realiza que considera humanística, ou seja, que consegue atender as necessidades integrais da mulher venezuelana em estado puerperal?

APÊNDICE B: PRIMEIRO PRODUTO

ACOLHIMENTO DA MULHER MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA BASE TEÓRICO-REFLEXIVA

Ana Beatriz Oliveira Costa³
Gleidilene Freitas da Silva⁴
Paulo Sérgio da Silva⁵

Introdução

O presente ensaio emerge a partir de uma aposta científica que se propõe a produzir reflexões teorizadas sobre as práticas assistenciais de acolhimento produzidas pelos profissionais da saúde com mulheres migrantes venezuelanas na atenção primária à saúde (APS).

Nesse âmbito, cabe destacar que a APS é organizada como o primeiro nível de atenção e a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo constituída por uma equipe multidisciplinar que assiste as necessidades em saúde de uma dada comunidade (BRASIL, 2010). Fala-se de uma assistência contextualizada, que reconhece a singularidade da produção de cada existência e também as circunstâncias específicas da vida em cada território, em função de relações que ampliam ou constroem a potência das vidas (MERHY; et al, 2021).

Em linhas gerais, seu funcionamento com qualidade essencialmente é decorrente da focalização na família, orientação comunitária, primeiro contato com a pessoa, assistência longitudinal, coordenada e integral (BRASIL, 2015). Dessa forma, é possível afirmar que o contato mais próximo do indivíduo, família e comunidade em geral com a saúde é por meio das unidades básicas de saúde (UBS).

Uma UBS é definida pelas políticas de saúde em um plano formal, que estabelece sua finalidade, seu desenho básico, os papéis de gestores, trabalhadores e usuários. Entretanto, não é só esse plano formal da política que define o que se passa em uma UBS, pois no processo de produção da política, em diferentes momentos, prosseguem enfrentamentos entre forças, que marcam mais ou menos definições e práticas (MERHY; et al, 2021). Além disso, a UBS é um espaço capaz de proporcionar o suporte assistencial as mulheres migrantes venezuelanas, considerando a diferença linguística e cultural que permeiam a produção do cuidado no cotidiano do saber-fazer dos trabalhadores de saúde (STEFFENS; MARTINS, 2016).

Aqui, o termo 'migrante' é entendido como a mulher que se desloca de seu local cotidiano, sua moradia ou região de nascimento para outra região, ou até mesmo outro país. O êxodo migratório é apontado como evento que transforma as particularidades

³ Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima - UFRR. E-mail: boliveirana@gmail.com

⁴ Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima - UFRR. E-mail: gleidilenny.silva.gs@gmail.com

⁵ Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Professor do curso de bacharelado em enfermagem da Universidade Federal de Roraima - UFRR. E-mail: pssilva2008@gmail.com

fundamentais no mundo contemporâneo, sendo capaz de plantar harmonia ou discriminação (IDMH, 2014; MARQUES; LEAL, 2017).

Não há um conceito universal que seja aceito para caracterizar o migrante. No entanto, este termo abrange, em geral, todas as situações em que se escolher migrar é decidida de maneira livre pelo indivíduo, por motivos de conveniência pessoal (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES, 2009).

Essas observações sinalizam que o fluxo migratório tende a aumentar de forma proporcional ao crescimento populacional. Isso porque as crises, seja financeira, governamental ou cultural, são ocasiões de grande impulso para migração (MARQUES; LEAL, 2017). Os atuais movimentos migratórios estão inseridos como um evento intrínseco nas grandes mudanças mundiais, levando com que países reconhecidos pela migração se modifiquem rapidamente, em países que praticam a exportação de mão-de-obra ou vice-versa (CAVALCANTI, 2015).

Neste cenário, a migração pode ser vista por meio dos determinantes sociais de saúde, representada por seus fatores de riscos, que são: xenofobia e racismo, direitos restritos e exclusão social, condições de trabalhos insalubres, baixa remuneração e dificuldade de entrada nos serviços de saúde. Baseado nisso, é preciso examinar as condições de saúde dos migrantes e compreender a função da medicina das migrações (MARTINO; RANGEL, 2019).

Análises desafiadoras no âmbito da saúde coletiva, pois se sabe (im)precisamente que os eventos migratórios impactam a dinâmica dos serviços de saúde do país que acolhe o migrante (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013). Exemplo disso, é evidenciado pelos elementos qualificadores de superlotação dos serviços primários à saúde, sobrecarga dos profissionais de saúde devido a crescente busca por cuidados pela população migrante, e especificamente no caso dos migrantes venezuelanos, a incompreensão das políticas de saúde do Brasil (SILVA; ARRUDA-BARBOSA, 2020).

Nos últimos anos, o extremo-norte do Brasil recebe cotidianamente migrantes de origem venezuelana, o que se pode chamar de mais um êxodo de povos que buscam um futuro melhor em outro território. (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018). O movimento de indivíduos de origem venezuelana para o estado Roraima inclui-se na grande saída de pessoas do país localizado no sul da América devido à crise instalada nos últimos tempos naquele território (SILVA; SOUSA, 2019).

O município de Boa Vista é um dos destinos do processo migratório, vivido pelos povos de origem venezuelana, que passam por uma crise política e econômica. Um dos piores conflitos humanitários, econômicos, governamental e social venezuelano, o país não é mais um lugar que possa se viver em paz, afetando a vida de quem vive nesse território, despertando a busca pela melhoria de vida de parte de sua população em outro país (MARQUES; LEAL, 2017).

Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância abordam que entre 2015 e maio de 2019, o Brasil contabilizou mais de 178 mil requerimentos de refúgio e moradia provisória. A maioria dos migrantes adentrou no Brasil pela fronteira localizada ao norte do País, em Roraima, concentrando-se nos municípios de Boa Vista e Pacaraima (UNICEF, 2019).

Nesse panorama, cabe sinalizar que Roraima é o estado do Brasil com o menor quantitativo populacional e com menor participação no Produto Interno Bruto (PIB) nacional, e em 2017 evidenciou-se a ausência de estrutura local para receber, amparar e proporcionar o ingresso no mercado de trabalho a esse grande quantitativo de indivíduos venezuelanos; caracterizando um cenário desafiador, principalmente pela situação de

vulnerabilidade de muitos migrantes e a competência das autoridades locais em conceder respostas apropriadas a esse intenso fluxo (MILESI; COURY; ROVERY, 2018).

Nesse contexto foi percebido que há inúmeros fatores envolvidos na migração que podem afetar a saúde do migrante, aumentando a vulnerabilidade desta população. Dessa forma, a necessidade de atenção à saúde dos povos migrantes venezuelanos torna-se um fator primordial para sua inserção na sociedade local. Isso exige do Estado medidas que permitam o acesso e uso dos serviços (primários) de saúde, assumindo como responsabilidade a adoção de estratégias que atendam às necessidades desses povos (VENTURA, 2018).

Dentre os grupos de maior vulnerabilidade social no contexto das migrações venezuelanas destacam-se as mulheres no interior de suas famílias, que tendem a serem mais afetadas pelas dificuldades de adaptação, por serem consideradas frágeis quando expostas à discriminação e eventos adversos enfrentados no processo migratório (TOPA; NEVES; NOGUEIRA et al., 2013).

É indispensável destacar que as dificuldades socioeconômicas pelas quais as famílias migrantes venezuelanas passam se constituem como uma barreira determinante das condições de saúde; especialmente, quando essas famílias geram filhos no país estrangeiro, comprometendo assim a saúde da mãe e da criança, por interferir na alimentação, cuidados com a saúde da mulher após o parto e com a criança recém-nascida e acesso à saúde. (ANDRADE et al., 2015; ALMEIDA; CALDAS, 2012).

Nessa corrente, a UBS configura-se como a porta de entrada para a assistência à saúde das mulheres migrantes de origem venezuelana. Lugar onde primeiramente é realizado o acolhimento à mulher, a criança e a família que necessitam de atendimento. Esse primeiro momento, baseia-se em recepcionar, triar as demandas em saúde, e ainda pode-se dizer, que é um meio de gerar saúde; pois a partir dele cria-se vínculos para que haja a continuidade dos atendimentos (CORRÊA et al., 2017; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Assim, o acolhimento da mulher migrante venezuelana na UBS é compreendido como uma orientação ética que abrange a relação entre o cuidador e o que recebe o cuidado; tendo como objetivo a elaboração de um espaço comum chamado de produção do cuidado compartilhado, ou seja, o ato de ser corresponsável. Acolher não se baseia apenas em exercer algo segundo aquilo que o indivíduo traz, mas a partir da produção de novos caminhos, reposicionamentos e atitudes (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, este ensaio será orientado pelo seguinte objetivo: refletir sobre o acolhimento a mulher migrante venezuelana na APS. Toda base reflexiva está organizada em um núcleo teórico-reflexivo, intitulado: “fundamentos para pensar o acolhimento a mulher migrante venezuelana na APS”.

Núcleo teórico-reflexivo: fundamentos para pensar o acolhimento a mulher migrante venezuelana na APS

Em sua natureza, o fenômeno da migração está relacionado ao território e ao ato de existir, ou seja, lugar e ser. Isso porque não existe um lugar sem o homem, e tão pouco o homem sem o lugar, podendo ser compreendido assim a espacialidade desde que exista a indissociabilidade ser-lugar, homem-espaço (MARANDOLLA JUNIOR; DAL GALLO, 2010).

Nesse sentido, o ato de migrar é capaz de expressar a procura por novos caminhos, buscando soluções tanto para problemas internos, quanto para os que envolvem a família. Nem sempre são escolhas que se percebem de modo espontâneo, mas que com o passar do

tempo pode resultar em mudanças radicais na vida das pessoas que se deslocam de um território para outro (OLIVEIRA; COSTA, 2020).

Durante os anos de sessenta e setenta o processo de migração internacional era predominantemente representado pelo sexo masculino, mas esse fato foi mudando com o passar dos anos, sofrendo influências com as alterações produzidas pela globalização, a acentuada procura pela mão de obra feminina, a intensa busca pelo trabalho feminino e a progressiva aceitação social de sua autonomia financeira e mobilidade (MIRANDA, 2011).

Com o passar dos anos o padrão de migração sofreu algumas mudanças significativas, as mulheres passaram a migrar mais sozinhas, se comparado aos dados de outros anos. As mesmas compõem atualmente cerca da metade da população que migra internacionalmente (ROIG, 2018).

Dessa forma, a mulher migrante é considerada um corpo político que gera transformação participando de modo ativo no movimento que desconstrói as fronteiras nacionais, e reestrutura o processo de reprodução do capital. A migração realizada pela mulher compreende a vontade e a execução do direito a uma qualidade de vida, com autonomia e não oprimida a uma sociedade patriarcal (MOREIA, 2018).

Todo o processo migratório é mais nocivo para as mulheres. Elas são mais suscetíveis a serem acometidas por doenças mentais, principalmente, esquizofrenia e estresse pós-traumático, devido aos eventos que sofrem durante todo o procedimento de migração (TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2013; ROCHA; et al., 2012).

Esses eventos refletem durante a gravidez podendo ser estendidos ao estado puerperal, provocando fragilidades. Dentre elas têm-se a depressão pós-parto, psicose e depressão - intensificada com estressores migratórios. Logo, a saúde materna e infantil deve receber uma atenção especial, mediante ao acesso aos serviços primários de saúde e produção de um cuidado que acolhe as necessidades da mulher migrante venezuelana (LOSCO; GEMMA, 2019; ALMEIDA; CALDAS, 2012).

A busca por fundamentos que possibilite pensar a palavra de ordem “acolhimento” a mulher migrante venezuelana, convida a uma entrada nos aspectos teóricos da Política Nacional de Humanização (PNH) - Humaniza SUS elaborada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, com base nas concretas e inovadoras vivências que constituem um “SUS que dá certo”. Ela procura colocar em execução os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, gerando novas condutas para cuidar e gerir (MARTINS; LUZIO, 2017; BRASÍLIA, 2013).

A definição de humanização foi reelaborada com a PNH, descrita em uma proposta ético-estético-política: ética, pois se relaciona as ações dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde que atuam com comprometimento e co-responsabilidade; estética pois promove um processo sensível e criativo da produção da saúde com tendências protagonistas e autônomas; política pois se relaciona a organização social e institucional das ações de gestão e atenção na rede do SUS (BRASIL, 2010).

Os cuidados primários em saúde tiveram um eixo marcante a partir do ano de 1978, através da Declaração de Alma-Ata, onde esses cuidados humanizados passaram a ser apontados como um plano fundamental de um país que possui sistema de saúde. A atenção primária apresenta uma perspectiva que compõe o apoio e designa as funções dos outros níveis da atenção à saúde sendo as práticas acolhedoras e humanísticas fundamentais na produção do cuidado em saúde (WHO, 2008; COUTINHO; BARBIERE; SANTOS, 2015).

Nesse sentido, a PNH apresenta abordagens teóricas e organizativas que comprovam que essa política foi criada objetivando estimular a execução de um SUS que seja acolhedor, inclusivo, democrático e resolutivo. Dessa forma, a entrada dos usuários e a maneira como

são cuidados caracterizam-se como momentos relevantes para possibilitar a aplicação dos princípios do SUS, logo, necessita-se que sejam otimizados e reavaliados na prática assistencial e no gerenciamento dos serviços de saúde (LOPES et al., 2015).

O ato ou o efeito de realizar o acolhimento apresenta, em seus variados conceitos, um meio de aproximar, um “estar com” e um “estar perto de”, isso significa, um comportamento de incluir. Acolher permite que se reflita a respeito dos processos de trabalho em saúde, porque institui um vínculo concreto e com credibilidade entre o profissional ou a equipe, com o usuário, atuando de forma direta e orientada através dos princípios do SUS (BRASIL, 2010).

Na PNH, o acolhimento não se restringe somente a atitudes realizadas de modo isolado ou pontual, tendo como exemplo uma confortável recepção, um espaço bem dimensionado, serviço de referência a serviços especializados. A sua realização deve ser com responsabilidade, criando um vínculo por meio da escuta das queixas, da troca de informações, recíproco conhecimento dos direitos e deveres, e a tomada de decisões que permitem interferências que sejam propícias e eficazes para o que o usuário necessita dos serviços de saúde (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

No seu significado verdadeiro, o acolhimento objetiva humanizar a convivência entre a equipe de saúde e os serviços ofertados, e com os usuários, por meio da escuta qualificada, criação de uma relação e respeito, sempre de maneira positiva e com comprometimento para apresentar a resposta do seu problema de saúde (LOPES et al., 2015).

Diante disso, teorizar o acolhimento no campo da APS pede passagem para abordagens de três conceitos elementares, sobretudo quando se pensa o saber-fazer dos profissionais de saúde com a mulher migrante venezuelana, sendo eles: escuta qualificada, vínculo e a clínica ampliada do sujeito.

Fala-se da escuta como uma atitude empática, que tem como objetivo ouvir de modo atento aquilo que o outro observa, de forma compassiva, e desprovida de opiniões ou sugestões (TOBASE; et al. 2021). O profissional de saúde mediante a prática da escuta e do diálogo com o usuário do sistema, representa com essa atitude, o cuidado. O ato do profissional da APS em escutar o usuário de modo qualificado, permite a descoberta de conflitos e sofrimentos pelo diálogo, podendo viabilizar a gestão de angústias vivenciadas no cotidiano que acarretam queixas somáticas e apresentações clínicas (VELLOSO; VARANDA, 2017; SANTOS, 2019).

A escuta qualificada permite que se encontre a subjetividade do usuário, conceituada como o modo de apresentar sensibilidade ao que se é falado e expressado por meio de gestos, falas, atitudes e sentimentos. Ela caracteriza-se por ser a fundamental ferramenta para que se produza o cuidado entre os níveis de atenção à saúde por meio da PNH, pois com ela é possível que se construa uma relação de acolhimento e a criação de vínculos (SANTOS, 2019; MAYNART et al., 2014).

A relação do vínculo na APS pode ser considerada uma tecnologia leve, pois os profissionais dentro de suas funções devem ser responsáveis pela área a qual estão trabalhando. Resultando numa interação que propõe a criação de “laços” entre os usuários do sistema de saúde, com os profissionais atuantes, o qual se faz necessário para o mecanismo tecnológico que se desempenhe o trabalho, conforme as diretrizes norteadoras da estratégia e saúde da família (ESF) (COELHO; JORGE, 2009).

O vínculo caracteriza-se por ser um dos componentes operacionais que constituem aos usuários as suas necessidades de saúde. Historicamente ele foi mencionado nos

documentos ministeriais relacionados à Atenção Básica, no fim dos anos 90, nomeado como “vínculo de responsabilidade” e “vínculo de compromisso e de corresponsabilidade”, conceituado como o que se resulta de um convívio contínuo, com potencial para a solução dos problemas e preservação do estado de saúde da população (SEIXAS et al., 2019).

No campo das tecnologias leves tem-se o vínculo e o acolhimento como dois termos que completam a criação de uma assistência humanizada a saúde. O vínculo incluso na ESF, com a formação de laços entre os profissionais da equipe e os usuários, possibilita uma aproximação maior entre a unidade de serviço e a comunidade. O acolhimento é considerado uma fase do processo de trabalho, como durante a recepção no primeiro contato com a unidade, e também um dispositivo fundamental em qualquer local em que se tenha o encontro entre o profissional e o paciente, contribuindo para que o atendimento clínico seja realizado de modo ampliado (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

A clínica ampliada compreendida como uma proposta para criação de ferramentas assistenciais que se articulam e inclui os diferentes enfoques e disciplinas. Ela vai além da prescrição médica ou solicitação de exames laboratoriais para fins diagnósticos. Procura agregar inúmeras condutas para permitir um manejo das necessidades de saúde de forma eficiente através da equipe multiprofissional em saúde (BRASIL, 2009).

Para além do tratamento da doença a clínica ampliada encarrega-se de estender esse manejo, inserindo também as situações que potencializam o risco e tornam as pessoas mais vulneráveis, ou seja, os problemas de saúde. (CAMPOS; AMARAL, 2007). Nesse ponto, cabe destacar que a clínica ampliada possui cinco eixos fundamentais, que são, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, a ampliação do “objeto de trabalho”, a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

A inclusão e adoção da clínica ampliada e compartilhada envolve a escuta, que é primeiro contato do usuário, onde o profissional de saúde deve acolher todo relato ou queixa, mesmo que não seja importante para o tratamento; o vínculo e o afeto também é uma sugestão, que deve ser criado entre o profissional e o paciente, para que através da compreensão entre ambos haja a autonomia para enfrentar os desafios que permeiam os desvios de saúde (BRASIL, 2009).

Diante disso, as reflexões postas apontam para necessidade de um contínuo movimento de análise das práticas em saúde acontecidas no interior das UBS, envolvendo o encontro dos profissionais com as mulheres migrantes venezuelanas. Para isso, acredita-se que percorrer com as mulheres venezuelanas a rede básica do SUS, bem como rastrear as linhas de cuidados por elas percorridas, sejam capazes de superar as limitações primeiras deste ensaio teórico.

Como contribuição destas reflexões para a saúde coletiva destaca-se o apanhado teórico presente na PNH contextualizado com o atual fenômeno das migrações, considerando a saúde da mulher. Acredita-se que essa complexa zona de inseparabilidade conceitual é pauta prioritária para gestores e profissionais de saúde implicados nos modelos de atenção em saúde. Espera-se que esta análise crítica sobre acolhimento da mulher migrante venezuelana no contexto da APS seja capaz de ampliar a forma de pensar e produzir saúde, sobretudo no contexto do extremo norte do Brasil.

Um ponto de parada: (in)conclusões para intensificar investigações

A produção de uma base teórica-reflexiva que considere elementos em saúde da mulher migrante venezuelana no contexto da APS faz emergir a necessidade de rastrear e

pousar nas multivariadas UBS localizadas na cidade de Boa Vista, para ali localizar as práticas assistenciais que tenham um tom acolhedor ancorados na PNH.

De forma inacabada, realiza-se aqui uma pausa nas construções reflexivas com a certeza de que o fortalecimento do SUS perpassa por leituras do cotidiano no trabalho em saúde. Parar é observar minimamente três rotas científicas que fundamentalmente são necessárias para cuidar da mulher migrante venezuelana de forma acolhedora na APS. Invariavelmente isso envolve a escuta qualificada, vínculo e clínica ampliada do sujeito como forma de promover uma assistência humanizada e de qualidade.

Com esse tripé posto, acredita-se que estas formulações reflexivas possam beneficiar posturas acolhedoras pelos profissionais de saúde da rede básica, no exercício de sua profissão, junto as mulheres migrantes venezuelanas do hoje e do amanhã. Haja vista que o fluxo migratório Venezuela-Brasil ainda é uma realidade concreta no estado de Roraima.

Assim, chega-se no ponto de parada com a certeza de que é fundamental intensificar as investigações e reconhecer *in loco* as práticas de saúde que são produzidas cotidianamente no encontro estabelecido entre os profissionais de saúde e as mulheres migrantes venezuelanas. Para isso, nossa atenção científica foi redirecionada para o acolhimento de puérperas migrantes venezuelanas a partir do projeto investigativo, intitulado: “rastreamento das práticas assistenciais de acolhimento a puérpera migrante venezuelana na atenção primária à saúde”.

Assim, acredita-se que este ensaio teórico funcione como uma boa orientação para entrada no campo investigativo, auxilie na produção instrumentos de pesquisa, oriente a produção de dados qualitativos e quantitativos capazes de fornecer (im)precisão sobre os objetos de estudo “acolhimento”, “migração venezuelana”, “saúde da mulher” e “atenção primária à saúde”.

Referências

ALMEIDA, L.M.; CALDAS, J. Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?. **Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía**. Porto. vol. I, nº 1, Enero-Junio, 2012. 18p.

ANDRADE, R.D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, p. 181-186, 2015.

BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 64 p.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 4. ed. 4. reimp 2010.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília. 1ª edição. 1ª reimpressão. 2013.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**. p.849-859. 2007.

CAVALCANTI, L. NOVOS FLUXOS MIGRATÓRIOS PARA O MERCADO DE TRABALHO BRASILEIRO. DESAFIOS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS. **Revista da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia (Anpege)**. p.21-35, V.11, n.16, jul-dez.2015.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1). p. 1523-1531, 2009.

CORRÊA, M. S. M. et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Caderno de Saúde Pública**. 2017.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, ABR-JUN 2015

INSTITUTO MIGRAÇÕES E DIREITOS HUMANOS. **Glossário**. Brasil: IMDH. 31 de janeiro de 2014. Disponível em:
<[LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, JAN-MAR 2015.](https://www.migrante.org.br/imdh/glossario/#:~:text=Movimento%20de%20pessoas%2C%20grupos%20ou%20povos%20de%20um%20lugar%20para%20outro.&text=Migrante%20%20C3%A9%20pois%20%20toda%20a,outro%20lugar%20%20regi%C3%A3o%20ou%20pa%C3%ADs.>. Acesso em: 03 maio 2021.</p></div><div data-bbox=)

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface**. Botucatu, 2019.

MARANDOLA JR., E.; DAL GALLO, P. M. Ser migrante: implicações territoriais e existenciais da migração. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 407-424, jul./dez. 2010.

MARQUES, A. C. M. de S.; LEAL, M. D. F. O. MIGRANTES VENEZUELANOS NO BRASIL: COOPERAÇÃO COMO MEIO PARA GARANTIR DIREITOS. **ANAIIS CONIDIF**. Campina Grande: Realize Editora, 2017.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018.

MARTINO, A.; RANGEL, G. C. C. Migração e Saúde em uma perspectiva epistemológica: reflexões para os trabalhadores da área da saúde. **Saúde em Redes**. p. 251-269, 2019.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface**. Botucatu, p. 13-22, 2017.

MAYNART, W. H. C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2014.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez. 2019.

MILESI, R.; COURY, P.; ROVERY, J. Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual. **Aedós**. Porto Alegre, v. 10, n. 22, p. 53-70, Ago. 2018.

MIRANDA, J. F. M. **Mães imigrantes e saúde – Estudo sobre as brasileiras em Portugal**. Porto, 2011. Dissertação (Mestrado em Estudos de Minorias). Universidade Fernando Pessoa.

MOREIRA, V. S. **Migrações Femininas e a Nova Lei de Migrações**. Caderno de Gênero e Diversidade. Bahia: Universidade Federal da Bahia. v. 04, N. 04 - Out. - Dez., 2018.

MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Revista da SBPH**. Rio de Janeiro, vol.17 nº.1. Jan./Jul. 2014.

OLIVEIRA, V. L. de A.; COSTA, E. S. MIGRAÇÃO VENEZUELANA NA PERSPECTIVA DAS MULHERES. In: OLIVEIRA, M. M.; LUTTNER, C. M. A.; SANTOS, R. D. M. (Org.). **Coletânea Migração & Wash reflexões sobre o contexto de Roraima**. Boa Vista Editora da UFRR, 2020. p. 131-148.

Organização Internacional para as Migrações. **Glossário sobre Migrações**. Genebra: OIM, n. 22, 2009.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface**. v.15, n.36, p.187-98, jan./mar. 2011

ROCHA, C.M.F. et al. Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutividade em Portugal. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Hygeia, p. 190 - 200, Dez 2012.

ROIG, J. N. MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS E A GARANTIA DE DIREITOS – UM DESAFIO NO SÉCULO XXI. In: BAENINGER, R.; SILVA, J. C. J. (Coord.). **MIGRAÇÕES VENEZUELANAS**. 1ª edição. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018. p. 27-30.

SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **Revista da Rede APS**. vol. 1, n. 2, p. 170-179, Maio/Julho-2019.

SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface**. Botucatu, 2019.

SILVA, F. C. A.; SOUSA, E. M. A migração venezuelana e o aumento da pobreza em Roraima. **Tensões Mundiais**. Fortaleza, v. 14, n. 27, p. 105-119, 2018.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B. de; BOSI, M. L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, Out-Dez 2014.

SILVA, P. S.; ARRUDA-BARBOSA, L. IMIGRAÇÃO DE VENEZUELANOS E OS DESAFIOS ENFRENTADOS POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Enfermagem em Foco**. p. 37-43. 2020.

STEFFENS, I.; MARTINS, J. “FALTA UM JORGE”: A SAÚDE NA POLÍTICA MUNICIPAL PARA MIGRANTES DE SÃO PAULO (SP). **Lua Nova**. São Paulo, p. 275-299, 2016.

TOBASE, L. et al. Escuta empática: estratégia de acolhimento aos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia por coronavírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2021.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.22, n.2. p. 328-341, 2013.

VELLOSO, A. F.; VARANDA, M. P. Difusão de inovação e atores-chave na ESF. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 73-82, 2017.

VENTURA, M. Imigração, saúde global e direitos humanos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever**. Geneva: WHO, 2008.

APÊNDICE C: SEGUNDO PRODUTO





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA EM PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ao COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UFRR

Eu, **Ana Beatriz Oliveira Costa**, **mestranda** Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional junto a Universidade Federal de Roraima, venho pelo presente documento, solicitar, através da Secretaria Municipal de Saúde, autorização para realizar pesquisa na Rede de Atenção Primária à Saúde representada pelas Unidades Básicas de Saúde do município de Boa Vista, sendo elas a UBS Sayonara M. D. L. Matos, a UBS Santa Luzia, a UBS Cambará, UBS Tancredo Neves, a UBS Asa Branca, a UBS Jardim Floresta, a UBS Mecejana e a UBS 13 de Setembro, para o trabalho sob o título **RASTREAMENTO DAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO A PUÉRPERA MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO EDUCATIVO-ASSISTENCIAL** com os objetivos: a) Analisar as práticas assistenciais de acolhimento desenvolvidas pela equipe multiprofissional da atenção primária à saúde a mulher migrante venezuelana em estado puerperal. b) Identificar as ações assistenciais de acolhimento prestadas pela equipe multiprofissional das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal. c) Rastrear pistas interdisciplinares presentes no trabalho em equipe da unidade básica de saúde na assistência as migrantes puérperas venezuelanas. d) Propor um instrumento educativo-assistencial para migrantes venezuelanas em estado puerperal a partir das ações de acolhimento identificadas nas unidades básicas de saúde. Assumo a responsabilidade de fazer cumprir os termos da Resolução nº466/CNS/MS, de 12 de dezembro de 2012, e demais resoluções complementares à mesma, viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento e comprometo-me a disponibilizar os resultados da pesquisa, após a

finalização da mesma, por meio de arquivo digital entregue à Coordenação de Educação em Saúde desta Secretaria.

Pesquisador responsável: Ana Beatriz Oliveira Costa (95) 991458189, boliveirana@gmail.com

Pesquisador assistente: Profª Drª Paulo Sérgio da Silva, (21) 98272-8240 ou (95) 981188038 pssilva2008@gmail.com ou paulo.silva@ufrr.br

Atenciosamente,

Assinatura do Coordenador da Pesquisa
RG: 21.473.505-2
Instituição: Universidade Federal de Roraima

() Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RASTREAMENTO DE SABERES E PRÁTICAS GERENCIAIS, ASSISTENCIAIS E EDUCACIONAIS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Paulo Sérgio da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45126221.4.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.701.055

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reapresentação do projeto de pesquisa para resolução de pendências apontadas na primeira apresentação ao Comitê de Ética.

De saída, é oportuno contextualizar que pensar de forma orgânica e política a prevenção de agravos à saúde da população idosa é necessário ter em conta múltiplos fatores inter-relacionais que invariavelmente produzem indivíduos saudáveis ou doentes. Dessa forma, é preciso considerar que a produção de cuidados preventivos e promocionais à saúde, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF) tocam discursos que incluem dimensões biológicas, políticas, culturais, psicológicas, espirituais, sociais, econômicas e históricas do ser. É possível revelar na presença de um grupamento intercomunicante, representado pela pessoa, família, comunidade e profissional de saúde a produção de cuidado no contexto da ESF. Ações de cuidar integrais e integradas, multidisciplinares e interdisciplinares, singulares e coletivas; que são capazes de fornecer a compreensão da complexidade envolvida na manutenção da vida a partir do desenho de ações gerenciais, assistenciais e educacionais. Nessa perspectiva, o que se atesta é a enorme diversidade de saberes e práticas desenvolvidas pelos profissionais da ESF junto a população que está inserida em ambientes desencadeadores de saúde e doença. É preciso considerar neste grupamento intercomunicante representado pela pessoa que recorre a UBS, família, comunidade e profissional de saúde a produção de cuidado no contexto da ESF. Ações de cuidar integrais e integradas, multidisciplinares e interdisciplinares, singulares e coletivas, que são capazes de fornecer a

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto

CEP: 69.310-000

UF: RR

Município: BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112

Fax: (95)3621-3112

E-mail: coep@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.701.055

compreensão da complexidade envolvida na manutenção da vida a partir do desenho de ações preventivas. O que se atesta é a enorme diversidade de práticas assistenciais preventivas desenvolvidas pelos profissionais da ESF junto as comunidades que estão inseridos em ambientes desencadeadores de saúde e doença. Os discursos firmados tocam uma ferramenta com potencial terapêutico: a comunicação em saúde. Comunicar-se com as pessoas, tocá-las ouvi-las permite a troca de informações, esclarecimento de ideias, conforto, conhecimento de situações de vida e como de interesse nesta investigação a produção de práticas assistenciais, gerenciais e educacionais direcionadas a prevenção de riscos e agravos à saúde. Diante do exposto, percebe-se que pesquisas conduzidas neste tema-problema são fundamentais para a área da Saúde Coletiva em interface com a Enfermagem. Isso porque a investigação rastreia as práticas de cuidar de caráter preventivo, ações gerenciais e educacionais produzidas pelas equipes das UBS junto as, famílias e comunidades. Diante das contextualizações postas, emergem as seguintes questões norteadoras desta investigação: Quais são os saberes e práticas de cunho assistencial, gerencial e educacional produzidos no contexto da APS? Pressuposto: A tríade gerenciar-assistir-educar em saúde produzida pelas equipes da UBS junto as pessoas cuidadas são protocolos e atravessadas por discursos biológicos.

Metodologia Proposta:

Estudo cartográfico com abordagem qualitativa e descritiva, a realizar-se em todas as UBSs da área urbana do município de Boa Vista – Roraima. No que tange a produção dos dados, será realizada uma entrevista semiestruturada gravada com gerentes, profissionais que compõem a equipe de saúde da ESF e usuários atendidos nos programas/serviços oferecidos pelas unidades de saúde. Posteriormente as entrevistas serão transcritas e os dados analisados mediante os procedimentos sistemáticos dispostos em três etapas segundo Laurence Bardin: pré análise, análise e tratamento dos resultados obtidos. O estudo será realizado em UBS's que fazem parte da Rede de Atenção Primária em Saúde (RAPS) do município de Boa Vista, capital do estado de Roraima. este estudo será realizado em todas Unidades Básicas de Saúde (UBS's). A ordem de coleta será sorteada considerando as zonas da área urbana do município de Boa Vista, a saber: zona norte, zona sul, zona leste e zona oeste. Realizado o sorteio serão aplicados os seguintes critérios de inclusão da UBS no estudo: possuir equipe multiprofissional mínima que componham a ESF e aceitem participar do estudo. Caso este critério não seja atendido um novo sorteio para a zona será realizado e os critérios de inclusão listados no estudo serão reaplicados. Será realizado o sorteio

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.701.055

para seleção das UBS's, sendo uma da zona norte, uma da zona sul, uma da zona leste e uma da zona oeste. Feito isso, a equipe de pesquisa composta por estudantes de iniciação científica e mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional - UFRR irão a cada UBS sorteada e verificará a disponibilidade dos integrantes para participação do estudo em três planos: gerencial, assistencial e educacional. Os gerentes, profissionais que compõe a ESF e usuários serão convidados por conveniência pessoalmente para participar da entrevista e logo em seguida serão informados quanto aos seus objetivos e procedimentos metodológicos. Em caso de aceite, antes de iniciar a coleta de dados será aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) em duas vias, uma ficando sobre posse do investigador e a outra com o participante do estudo. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista seguindo a ordenação: gerente da unidade, enfermeiro, médico, dentista, outros profissionais de nível superior, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitário de saúde das equipes da EFS de cada UBS selecionada e usuários atendidos nos serviços oferecidos pela unidade. A produção dos dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada com auxílio de gravador de voz MP3 player. As entrevistas serão compostas de questões sobre a caracterização sociodemográfica dos participantes e que contemplam modelos de gestão e gerência, práticas promocionais, preventivas e curativas; individuais e coletivas direcionadas para os programas de saúde instituídos pelo Ministério da Saúde.

Critério de Inclusão:

Os participantes deste estudo serão gerente, profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da ESF e usuários atendidos junto as UBS's do município de Boa Vista. A seleção destes participantes obedecerá aos seguintes critérios de inclusão: gestores, médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, usuários da RAPs considerando todas as faixas etárias e migrantes. Além disso, todos profissionais devem atuar na unidade há pelo menos seis meses, entendo que este período possibilita ao profissional ter uma visão generalista do seu território de atenção e os usuários acompanhados em igual tempo pela equipe de saúde.

Critério de Exclusão:

Usuários indígenas, menores, pessoas incapacitadas de participar da coleta de dados, profissionais de licença, férias e com desvios de saúde que inviabilize a comunicação verbal e consequente realização de entrevistas.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br

Continuação do Parecer: 4.701.055

Tamanho da Amostra:

90 participantes

Objetivo da Pesquisa:

2. OBJETIVO GERAL

Rastrear o saber-fazer no plano gerencial-assistencial-educacional no contexto da atenção primária à saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as ações gerenciais envolvidas no planejamento do cuidado produzido pelas equipes das UBS junto à pessoa, família e comunidade.
- b) Descrever as ações assistenciais realizadas pelas equipes das UBS na prevenção, promoção e recuperação da saúde a pessoa, família e comunidade.
- c) Conhecer as estratégias educacionais em saúde ofertadas pelas equipes das UBS na comunidade para prevenção, promoção e recuperação de agravos em saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

A pesquisa apresenta possibilidade de constrangimento pelo participante durante a entrevista devido ao uso do gravador. Podem surgir desconforto ou alterações de comportamento durante a entrevista. Além disso, a pesquisa pode causar incômodo caso ocorra durante o horário e espaço de trabalho. Na intenção de minimizar os riscos, será assegurada a confidencialidade, a privacidade e a proteção do participante, garantindo a utilização das informações sem prejuízo para os entrevistados.

Benefícios

O estudo beneficiará as práticas assistenciais, gerenciais e educacionais desenvolvidas pelos gerentes e profissionais de saúde na UBS junto as pessoas cuidadas, família e comunidade, a partir do rastreamento de saberes e práticas cotidianamente produzidas nas macroáreas da RAS de Boa Vista-RR.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: Aeroporto **Município:** BOA VISTA **CEP:** 69.310-000

UF: RR **Município:** BOA VISTA

Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR**



Continuação do Parecer: 4.701.055

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de professor vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Mestrado Profissional, com discentes de pós graduação. Retornou para resolução de pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões ou pendências e lista de inadequações

Recomendações:

Considerando a Pandemia de COVID-19, aconselhamos aos pesquisadores a realizarem coleta de dados de forma virtual, entretanto caso não seja possível, solicitamos que durante a coleta de dados os pesquisadores adotem todas as normas de biossegurança preconizadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde, de forma a garantir a integridade do participante e do próprio pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador anexou Carta de Resolução de Pendências, solucionando-as e inserindo os documentos solicitados, com as devidas versões em espanhol. Não havendo, portanto, óbices éticos, recomendamos sua aprovação ao Comitê de Ética.

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_P ROJETO_1721019.pdf	25/04/2021 18:02:41		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta_Parecer.doc	25/04/2021 17:55:53	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
Outros	Apendice_D_Instrumento_De_Recolecç ion_De_Datos.doc	25/04/2021 17:54:34	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
Outros	Apendice_C_Intrumento_Coleta_Usuari os.doc	25/04/2021 17:53:48	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
Outros	Apendice_B_Instrumento_Coleta_Profis sionais_Saude.doc	25/04/2021 17:53:25	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
Outros	Apendice_A_Instrumento_Coleta_Gesto res.doc	25/04/2021 17:52:54	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_D_Grabacion_Voz.doc	25/04/2021 17:52:05	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
TCLE / Termos de	Anexo_C_Termo_De_Autorizacao_Par	25/04/2021	Paulo Sérgio da	Aceito

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.701.055

Assentimento / Justificativa de Ausência	a_Gravacao_De_Voz.doc	17:48:01	Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_B_Formulario_De_Consentimento_Libre_Y_Clarificado.doc	25/04/2021 17:47:44	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_A_Termo_de_Consentimento_Livre_Esclarecido.doc	25/04/2021 17:47:32	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Investigativo_Corrigido.doc	25/04/2021 17:47:19	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada_Atualizada.pdf	25/04/2021 17:40:24	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	24/03/2021 16:13:44	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_Pesquisa.doc	24/03/2021 16:13:24	Paulo Sérgio da Silva	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_Assinada.pdf	24/03/2021 16:05:45	Paulo Sérgio da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 10 de Maio de 2021

Assinado por:
Bianca Jorge Sequeira Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PROGRAMA EM PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “RASTREAMENTO DAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO A PUÉRPERA MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO EDUCATIVO-ASSISTENCIAL” sob a responsabilidade dos pesquisadores Paulo Sérgio da Silva e Ana Beatriz Oliveira Costa vinculados ao mestrado profissional em ciências da saúde da Universidade Federal de Roraima, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e poderá sair da pesquisa sem nenhum prejuízo para você ou para o pesquisador.

Os objetivos deste estudo são: a) Analisar as práticas assistenciais de acolhimento desenvolvidas pela equipe multiprofissional da atenção primária à saúde a mulher migrante venezuelana em estado puerperal. b) Identificar as ações assistenciais de acolhimento prestadas pela equipe multiprofissional das Unidades Básicas de Saúde junto às migrantes venezuelanas em estado puerperal. c) Rastrear pistas interdisciplinares presentes no trabalho em equipe da unidade básica de saúde na assistência as migrantes puérperas venezuelanas. d) Propor um instrumento educativo-assistencial para migrantes venezuelanas em estado puerperal a partir das ações de acolhimento identificadas nas unidades básicas de saúde.

Sua participação nesta pesquisa será: Respondendo a um roteiro de entrevista semiestruturada. Cabe destacar que sua fala será gravada com auxílio de um equipamento de áudio, para viabilizar, posteriormente, a redação e a análise de conteúdo prevista na pesquisa.

O principal benefício relacionado com a sua participação será: melhorar as práticas de acolhimento direcionadas as puérperas migrantes pelas equipes da ESF, a partir das informações obtidas pelos profissionais que assistem essa população por meio da RAS de Boa Vista-RR, contribuindo com a redução da morbidade e mortalidade materna.

O principal risco relacionado com a sua participação será: possibilidade de constrangimento durante a entrevista devido ao uso do gravador. Além disso, a pesquisa pode

causar incômodo caso ocorra durante o horário e espaço de trabalho. Na intenção de minimizar os riscos, será assegurada a confidencialidade, a privacidade e a proteção do participante, garantindo o anonimato a partir da palavra identificadora “Participante” e a utilização das informações sem prejuízo para os entrevistados.

1.Serão incluídos nesta pesquisa: profissionais da saúde que componham a equipe mínima da ESF e que atuam na AB há pelo menos três meses realizando consultas, visitas domiciliares e atendimento em saúde de qualquer natureza a mulheres migrantes venezuelanas em estado puerperal. As informações desta pesquisa serão confidenciais e garantimos que somente o pesquisador saberá sobre sua participação.

Você receberá uma via deste termo com o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Você poderá entrar em contato conosco, sempre que achar necessário, através do telefone do pesquisador responsável, Dr. Paulo Sérgio da Silva, telefone (95)98272-8240 ou (95) 981188038.

Pesquisador

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da Pesquisa

Endereço profissional do pesquisador: Av. Cap. Ene Garcez, 2413, Aeroporto, Boa Vista-RR – Centro de Ciências da Saúde / Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Roraima (UFRR), Campus Paricarana.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Bloco da PRPPG-UFRR, última sala do corredor em forma de T à esquerda (o prédio da PRPPG fica localizado atrás da Reitoria e ao lado da Diretoria de Administração e Recursos Humanos - DARH) Av. Cap. Ene Garcez, 2413 – Aeroporto (Campus do Paricarana) CEP: 69.310-000
- Boa Vista – RR E-mail: coep@ufr.br (95) 3621-3112 Ramal



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PROGRAMA EM PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**RASTREAMENTO DAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO A PUÉRPERA MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO EDUCATIVO-ASSISTENCIAL**” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Paulo Sérgio da Silva Ana Beatriz Oliveira Costa vinculados ao mestrado profissional em ciências da saúde da Universidade Federal de Roraima a realizarem a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso do coordenador do projeto acima citado em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Prof.º Dr. Paulo Sérgio da Silva, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer

momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Assinatura do participante da pesquisa

Pesquisador

Boa Vista, ___ de _____ de 2021.