



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EDUARDO AUGUSTO VIEIRA DE SOUZA
PAULA MAYUMI KAKIHARA GEMIGNANI

EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A
REFUGIADOS E MIGRANTES EM SOROCABA/SP: UMA ABORDAGEM
QUALITATIVA

SOROCABA

2025

EDUARDO AUGUSTO VIEIRA DE SOUZA
PAULA MAYUMI KAKIHARA GEMIGNANI

**EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A
REFUGIADOS E MIGRANTES EM SOROCABA/SP: UMA ABORDAGEM
QUALITATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
banca examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, como exigência parcial para
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dirce Setsuko Tacahashi.

SOROCABA
2025

EDUARDO AUGUSTO VIEIRA DE SOUZA
PAULA MAYUMI KAKIHARA GEMIGNANI

EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A
REFUGIADOS E MIGRANTES EM SOROCABA/SP: UMA ABORDAGEM
QUALITATIVA

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Dirce Setsuko Tacahashi
PUC-SP

Prof. Janie Maria De Almeida
PUC-SP

Prof. Lucia Rondelo Duarte
PUC-SP

Data de aprovação: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Por Paula,

Se cheguei até aqui, foi porque Deus me sustentou. Em cada madrugada de cansaço, em cada lágrima derramada e em cada pensamento de desistir, foi Ele quem me deu força para continuar. Quando o caminho parecia difícil demais, o Senhor me mostrou que com fé nada é impossível. A presença d'Ele foi o alicerce que me manteve de pé e me guiou até este momento de vitória.

Agradeço à minha família, que esteve comigo em todos os momentos, me acolhendo com amor e paciência, mesmo quando o estresse e o cansaço falavam mais alto. Obrigada por acreditarem em mim, por compreenderem minhas ausências e por me amarem mesmo nos meus dias mais difíceis.

Aos meus amigos, minha eterna gratidão por cada palavra de apoio, por cada gesto de carinho e por cada risada que tornou essa caminhada mais leve. Vocês fizeram parte dessa história de superação e fé.

Hoje, encerro este ciclo com o coração transbordando de gratidão. A Deus, que nunca me deixou desistir; à minha família, que foi meu porto seguro; e aos meus amigos, que tornaram essa jornada inesquecível — o meu mais sincero obrigada.

Por Eduardo,

Agradeço primeiramente a Deus, pela força que nunca me faltou, pela fé que me sustentou nos dias difíceis e pela luz que sempre iluminou meus caminhos, durante tantas viagens pelas madrugadas durante esses quatro anos.

À minha mãe, Graça, que me ensinou a ser forte quando a vida apertava, a ter fé e a sonhar quando tudo parecia impossível. Obrigado por cada oração, por ser minha base, meu exemplo maior e pela minha criação.

Agradeço à minha família, por todo apoio, paciência e compreensão. Sei que muitas vezes a minha ausência foi sentida, mas cada momento de distância foi também uma semente lançada para o futuro que começa a florescer.

Aos amigos da faculdade, agradeço por tornarem o caminho mais leve e por compartilharem risos, cansaços e sonhos. Foram vocês que transformaram a correria dos dias em memórias que levarei comigo.

Sou imensamente grato pelas oportunidades que tive ao longo da graduação, em especial pelas experiências de pesquisa proporcionadas pela professora Lúcia, pelas quais guardo eterna gratidão. Também agradeço pela oportunidade de estágio, que ampliou minha visão, me desafiou e fortaleceu o desejo de atuar de forma ética e comprometida, contribuindo para uma Enfermagem justa e significativa.

Neste percurso, sempre recorro às palavras de Guimarães Rosa, que tão bem traduzem o que foi viver essa etapa: *“O correr da vida embrulha tudo: a vida é assim, esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”*

Por nós,

Agradecemos profundamente às professoras e professores Alcirene, Carmen, Daniela, Dirce, Eliane, Izabel, Janie, Cássia, Leni, Lúcia, Maria Regina, Morón, Raquel, Ruth, Tamara e Tiago, por cada gesto de incentivo, por cada palavra de sabedoria e por cada olhar que transmitiu confiança nos momentos de incerteza. Cada uma de vocês, com sua singularidade, deixou marcas em nossa trajetória, ensinando não apenas a ciência do cuidar, mas também a arte da empatia, da escuta e da humanidade.

De modo especial, nossa mais sincera gratidão à professora Dirce, orientadora desta pesquisa, por sua parcimônia, paciência e sabedoria.

Estendemos também nosso profundo agradecimento aos participantes da pesquisa, que com confiança e coragem abriram suas vivências, permitindo que este trabalho ganhasse vida e sentido.

A todos e a todas, nossa eterna GRATIDÃO!

*“Onde está?
Meu irmão sem irmã
O meu filho sem pai
Minha mãe sem avó
Dando a mão pra ninguém
Sem lugar pra ficar
Os meninos sem paz
Onde estás, meu Senhor?”*

(TRIBALISTAS. Diáspora.
Rio de Janeiro: Universal Music, 2017.)

RESUMO

Refugiados fogem de perseguições e violações de direitos, enquanto migrantes buscam melhores condições de vida. Ambos enfrentam vulnerabilidades, vivendo em moradias precárias e com acesso limitado à saúde. Nesse contexto, torna-se essencial que os profissionais desenvolvam competência cultural para oferecer um atendimento sensível às diversidades étnicas, sociais e religiosas, o que justifica a importância de compreender suas vivências nesse cuidado. **Objetivos:** Investigar as experiências de profissionais da saúde que atuam em hospital e unidade de saúde da família no município de Sorocaba/SP em relação a assistência prestada a migrantes e refugiados. **Metodologia:** Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 20 profissionais de saúde do Hospital Santa Lucinda e da USF Cajuru do Sul. Coleta realizada por intermédio de entrevista oral gravada, utilizando um Instrumento de Coleta de Dados. Análise dos dados por meio de análise temática de conteúdo e participantes caracterizados por tabela sociodemográfica. **Resultados/Discussão:** As experiências dos profissionais são marcadas por barreiras comunicacionais e culturais, gerando sentimento de despreparo. Apesar de considerarem os atendimentos satisfatórios, apontam limitações. O uso de tradutores e o desenvolvimento de competências culturais são vistos como estratégias essenciais. A acolhida de refugiados e migrantes, embora positiva, ainda é comprometida por políticas públicas frágeis e barreiras sociais. **Conclusão:** O acolhimento de refugiados e migrantes é permeado por empatia e dedicação, porém restringido por barreiras de comunicação, diferenças culturais e fragilidades institucionais. Apesar de reconhecerem avanços e resultados positivos, apontam a necessidade de mais preparo e políticas públicas eficazes para garantir um cuidado verdadeiramente inclusivo e humanizado.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Humanização da Assistência; Inclusão; Migrantes; Refugiados.

ABSTRACT

Refugees flee persecution and human rights violations, while migrants seek better living conditions. Both face vulnerabilities, living in precarious housing and with limited access to healthcare. In this context, it is essential for professionals to develop cultural competence in order to provide care that is sensitive to ethnic, social, and religious diversity, which highlights the importance of understanding their experiences in this context of care. Objectives: To investigate the experiences of healthcare professionals working in a hospital and a family health unit in the municipality of Sorocaba/SP regarding the assistance provided to migrants and refugees. Methodology: A descriptive-exploratory study with a qualitative approach, conducted with 20 healthcare professionals from Hospital Santa Lucinda and USF Cajuru do Sul. Data were collected through recorded oral interviews using a Data Collection Instrument. The data were analyzed using thematic content analysis, and participants were characterized through a sociodemographic table. Results/Discussion: The professionals' experiences are marked by communication and cultural barriers, generating a feeling of unpreparedness. Although they consider the care provided satisfactory, they point out several limitations. The use of translators and the development of cultural competencies are seen as essential strategies. The reception of refugees and migrants, although positive, remains hindered by weak public policies and social barriers. Conclusion: The care provided to refugees and migrants is characterized by empathy and dedication but limited by communication barriers, cultural differences, and institutional weaknesses. Although professionals acknowledge progress and positive outcomes, they emphasize the need for better preparation and more effective public policies to ensure truly inclusive and humanized care.

Keywords: Access to Health Services; Humanization of Care; Inclusion; Migrants; Refugees.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivo Específico	10
3. METODOLOGIA	10
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
4.1. Caracterização dos participantes.....	13
4.2. As experiências dos profissionais de saúde na assistência a refugiados e migrantes.....	15
4.3. Os sentimentos dos profissionais de saúde no atendimento a refugiados e migrantes.....	24
4.4. Os profissionais de saúde e as necessidades de saúde de refugiados e migrantes.....	29
4.5. As sugestões de profissionais de saúde para a melhoria da assistência a refugiados e migrantes.....	34
4.6. A opinião de profissionais da saúde sobre a acolhida de refugiados e migrantes no solo brasileiro.....	40
5. CONCLUSÃO	45
REFERENCIAS.....	48
APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	54
APÊNDICE 02: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	55
APÊNDICE 03: DESCRIÇÃO DOS DEPOIMENTOS	63

1. INTRODUÇÃO

O Brasil tem uma história marcada por diversos fluxos migratórios, com diferentes povos contribuindo para sua diversidade cultural. Atualmente, a busca por segurança e melhores condições socioeconômicas são as principais motivações desses deslocamentos. O país acolhe cerca de 710 mil pessoas deslocadas à força, oriundas de nações em crise, como Venezuela, Haiti, Afeganistão, Síria e Ucrânia (ACNUR, 2024)

Refugiados são indivíduos que fogem de perseguições, conflitos ou graves violações de direitos humanos, necessitando de proteção internacional, já que seus países não oferecem segurança. Em 2023, mais de 65 mil pessoas foram reconhecidas como refugiadas no Brasil (Oliveira *et al.*, 2023). Diferentemente, migrantes deslocam-se voluntariamente em busca de melhores condições de vida e mantêm a proteção do seu governo de origem (ACNUR, 2023)

No contexto urbano, muitos migrantes e refugiados vivem em situação de vulnerabilidade, inseridos na economia informal, com moradia e trabalho precários. Essa realidade os expõe à violência estrutural e à violação de direitos, impactando negativamente a saúde e dificultando o acesso a programas sociais, trabalho e serviços públicos. Essa situação exige intervenção estatal (Maia; Azize, 2020)

A competência cultural dos profissionais de saúde é essencial nesse cenário, envolvendo conhecimento sobre diferentes contextos culturais, atitudes críticas quanto à própria formação sociocultural e habilidades de comunicação para superar barreiras, especialmente linguísticas. Tais competências consideram aspectos além de nacionalidade, como religião, classe social, gênero e idade (Delamuta *et al.*, 2020)

A OMS e a ONU destacam a necessidade de políticas públicas que garantam equidade em saúde e acesso às condições de vida dignas, alinhadas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), como saúde, bem-estar e trabalho digno (Oliveira *et al.*, 2023). Diante disso, é fundamental investigar as experiências dos profissionais de saúde no atendimento a migrantes e refugiados, a fim de identificar desafios e aprimorar o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS)

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as experiências de profissionais da saúde que atuam em hospital e em unidade de saúde da família no município de Sorocaba/SP em relação a assistência prestada a migrantes e refugiados.

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar o perfil dos participantes.
2. Descrever as experiências dos profissionais de saúde na assistência a refugiados e migrantes.
3. Identificar desafios, barreiras e oportunidades para a promoção de uma assistência mais adequada a refugiados e migrantes.
4. Apresentar sugestões e potenciais ações do ponto de vista dos profissionais para aprimorar o cuidado com a saúde de refugiados e migrantes.

3. METODOLOGIA

O projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FCMS-PUCSP, de acordo com as normas da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual zela pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações e identidades, Sob CAAE nº 89344325.4.0000.5373 e parecer nº 7.674.052 de Sorocaba 27 de junho de 2025. Todos os participantes ao manifestarem adesão à pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pesquisadores se comprometeram a manter total confidencialidade em relação a todos os dados obtidos. A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Trata-se de uma estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Com intuito de obter informações sobre a experiência dos profissionais da saúde em relação a assistência à saúde de migrantes e refugiados.

O estudo foi realizado no Hospital Santa Lucinda (HSL) e na USF Cajuru do Sul que estão localizados na cidade de Sorocaba, interior do Estado de São Paulo.

O HSL é um hospital de médio porte, dispondo de aproximadamente de 123 leitos que cobrem as áreas de cardiologia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, urologia e ortopedia. Além disso, possui uma Maternidade e um Centro de Parto Normal altamente qualificados, com suporte dos setores de Pediatria e UTI Neonatal. Cerca de 70% dos atendimentos são destinados aos usuários do SUS, provenientes aproximadamente de 50 cidades da região atendida pela DRS XVI (Departamentos Regionais de Saúde), que abarca cerca de 2,2 milhões de pessoas. Desse modo, nota-se que a instituição possui um fluxo considerável de usuários e consequentemente de indivíduos pertencentes aos grupos de refugiados e migrantes.

Já a Unidade de Saúde da Família Cajuru do Sul “Dr. Luiz Latuf”, localizada no bairro Cajuru do Sul inaugurada em dezembro de 2012 tem como objetivo atuar na assistência básica e na promoção da saúde. A USF coordena o cuidado em bairros como Três Marias, Jardim Nilton Torres, Novo Cajuru, Vila dos Dálmatas, Maria dos Prazeres, Jardim Eliana, Villa Verona, Jardim dos Reis, Jardim Terras de Arieta, Jardim Virginia e Jardim Ametista. Também são realizados atendimentos para usuários que moram em bairros como Éden e Aparecidinha e na cidade de Itu que fazem divisa com o território Cajuru do Sul. Atualmente a UBSF Cajuru do Sul é considerada de médio porte, os usuários são acompanhados em território pela ESF, presta assistência à saúde de casos de baixa complexidade e abrange atendimentos de pré-natal, pediatria, ginecologia e odontologia.

Ademais, a Unidade de Saúde da Família Cajuru está presente em uma região do município de Sorocaba/SP com considerável concentração de migrantes e refugiados em virtude da presença de instituições do terceiro setor, religiosas e municipais de auxílio e de promoção para a inclusão social destes grupos.

A pesquisa envolveu 20 (vinte) profissionais da saúde do HSL e da USF Cajuru do Sul no turno diurno de trabalho, sendo 10 entrevistados em cada instituição. Entre os profissionais multidisciplinares entrevistados estavam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, fisioterapeuta e agentes comunitários de saúde. Segundo os profissionais as nacionalidades que predominam nos atendimentos são de haitianas e venezuelanas.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. O procedimento ocorreu por meio de entrevista oral gravada em áudio, utilizando roteiro semiestruturado (APÊNDICE 01) para o relato das percepções dos

profissionais da saúde. A execução da coleta ocorreu entre os dias 29 de agosto e 20 de setembro.

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa e informados da necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Instrumento de Coleta de Dados (ICD) foi composto por duas partes:

1. Dados sociodemográficos (inferir sobre as características da população estudada por meio do sexo, idade, instituição de saúde em que trabalha, profissão, especialização, tempo de formação e tempo de atuação).
2. Percepções dos profissionais sobre a assistência à saúde de migrantes e refugiados (investigar o histórico, as experiências e as sugestões).

No contexto do HSL os responsáveis pelos setores foram informados pela pesquisa e indicaram data e horário adequado para a coleta das informações. Já na USF do Cajuru a coordenação responsável pela instituição foi apresentada ao projeto e funcionários foram convidados a participar em horário específico. Assim, as entrevistas foram executadas em salas reservadas para que as gravações ocorram sem interrupções e sem barulhos externos. Além de assegurar a privacidade dos participantes.

Os relatos coletados nas entrevistas individuais por roteiro semiestruturado foram examinados por meio da metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin. Essa abordagem permitiu satisfazer várias exigências da pesquisa, já que enriqueceu a interpretação dos dados obtidos. (Bardin, 2011). Com o intuito de auxiliar na análise dos dados foram construídos quadros sinóticos direcionados às questões norteadoras.

De acordo com Bardin (2011) o referido método consiste em três etapas:

- 1) Pré-análise: fase que engloba a organização do material a ser analisado com intuito de torná-lo propício para a operacionalização ao sistematizar as ideias. Envolve uma audição e posteriormente, uma leitura flutuante da transcrição na íntegra.
- 2) Exploração do material: relaciona-se com a codificação do material (Unidade de Registro e Unidades de Contexto) e com a definição de categorias de análise.
- 3) Tratamento dos resultados: inferência e interpretação, ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, resultando em interpretações inferenciais, reflexivas e críticas.

Os resultados dos dados sociodemográficos foram analisados de forma descritiva para caracterizar os participantes do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Caracterização dos participantes

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais da saúde entrevistados segundo faixa etária, sexo, instituição e tempo de atuação. Sorocaba, 2025.

		Nº	%
IDADE	20 – 30	2	10%
	31 - 40	7	35%
	41 - 50	2	10%
	51 - 60	6	30%
	61 -70	3	15%
SEXO	F	17	85%
	M	3	15%
INSTITUIÇÃO	HSL	10	50%
	USF	10	50%
TEMPO DE ATUAÇÃO	1 -10	9	45%
	11 - 20	3	15%
	21 - 30	3	15%
	31 - 40	3	15%
	41 - 50	2	10%
		20	100%

Fonte: Autores

O estudo contou com a participação de 20 profissionais da saúde do município de Sorocaba, no ano de 2025. Entre os entrevistados, observou-se que a maioria

pertence à faixa etária de 31 a 40 anos (35%), seguida pelos grupos de 51 a 60 anos (30%), 61 a 70 anos (15%), 41 a 50 anos (10%) e 20 a 30 anos (10%).

Com relação ao sexo, houve predominância do feminino, representando 85% dos participantes, enquanto o sexo masculino correspondeu a 15%.

A respeito da instituição de trabalho, a amostra foi igualmente dividida entre o Hospital Santa Lucinda (HSL) e as Unidades de Saúde da Família (USF), cada uma com 50% dos profissionais entrevistados.

Quanto ao tempo de atuação, 45% dos profissionais possuem entre 1 e 10 anos de experiência, 15% entre 11 e 20 anos, 15% entre 21 e 30 anos, 15% entre 31 e 40 anos e 10% entre 41 e 50 anos.

De acordo com os dados individuais dos entrevistados, verificou-se que o grupo é composto por diferentes categorias profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, agentes comunitários de saúde e profissionais administrativos. O tempo de formação varia de 1 a mais de 40 anos, demonstrando um grupo com diferentes níveis de experiência profissional.

Além disso, muitos profissionais possuem formação complementar e especializações, destacando-se áreas como cardiologia, UTI adulto, saúde da família, saúde da mulher, fisioterapia cardiorrespiratória, educação em diabetes, terapias integrativas e gestão pública.

Assim, constata-se que os dados evidenciam um grupo diversificado, com ampla variação de idade, tempo de formação e atuação, e uma forte presença feminina entre os profissionais de saúde entrevistados

4.2. As experiências dos profissionais de saúde na assistência a refugiados e migrantes.

Depoimentos referente a pergunta: Conte-me como foi/é a sua experiência na assistência de um cliente refugiado ou migrante.

Os depoimentos dos profissionais em relação a experiência na assistência a refugiados e migrantes foram agrupados em três categorias: Barreiras comunicacionais, Diferenças culturais e Estratégias de adaptação (Quadro 1).

Quadro 1 – Pergunta 01: Categorias e Subtemas

Categorias	Subtemas
Barreiras comunicacionais	Dificuldade de compreensão mútua Ausência de preparo profissional Inviabilização da comunicação verbal
Diferenças culturais	Choque cultural Papeis de gênero Percepção sobre SUS
Estratégias de adaptação	Uso de tecnologia e meios alternativos Trabalho colaborativo Aprendizado autônomo

Fonte: Autores

No que tange ao questionamento sobre a experiência dos profissionais de saúde na assistência a clientes refugiados ou migrantes, a categoria de maior destaque foi a de Barreiras de Comunicação, sendo definidos os seguintes subtemas: Dificuldade de Compreensão Mútua, Ausência de Preparo Profissional, Inviabilização da Comunicação Verbal.

A partir das falas dos profissionais nota-se que a relação do binômio profissional – cliente é permeada por dificuldades sobretudo de ordem comunicacional, fato que prejudica a humanização e a efetividade da assistência. Essa constatação vai ao encontro de diversos outros estudos que evidenciam as barreiras de comunicação como os principais desafios dos profissionais no atendimento a refugiados e migrantes (Buzzerio *et al.*, 2025; (Delamuta *et al.*, 2020).

Neste contexto, nota-se que a comunicação eficaz é essencial para que essas comunidades recebam informações importantes de modo adequado ao seu contexto cultural e idiomático, sobretudo no que abarca o processo saúde-doença. Assim, quando ocorre percalços na manutenção da comunicação entre usuário e profissional a prática clínica perde elemento central que possibilita o entendimento de sintomas, histórico e de condutas tanto de cuidado quanto terapêutica (Moreno *et al.*, 2025).

O primeiro subtema relaciona-se com a dificuldade de compreensão mútua entre profissionais e migrantes ou refugiados, reforçando ainda mais o impacto da ausência de comunicação ao processo de cuidado. Assim, diversos entrevistados relataram que a falta de domínio de um idioma comum dificulta a compreensão recíproca entre profissional e paciente, o que torna a assistência um desafio.

Isso está em consonância com resultados de estudo desenvolvido na cidade de Curitiba-PR durante a pandemia da Covid-19 com profissionais de saúde da Atenção Primária que destacaram que a ausência plena ou parcial de entendimento entre usuário e profissionais da saúde contribui para o estabelecimento de diagnósticos errôneos. Além disso, o impacto no aumento da duração de consultas a esse público tem reflexo na qualidade da assistência dos demais usuários, já que o tempo de espera torna-se maior do que o previsto (Silva *et al.*, 2021).

Outrossim, a diferença do idioma é ressaltada em pesquisa que analisa o atendimento de puericultura em região de Santa Catarina, na qual enfermeiras relatam que não conseguem desenvolver um diálogo efetivo com mães haitianas em virtude da ausência de compreensão mútua. Isso faz com que cuidados de aleitamento materno e de higiene com bebês sejam comprometidos, fato que promove maior aprofundamento de desigualdades (Zanatta *et al.*, 2020).

Além das problemáticas relacionadas à língua, os relatos dos entrevistados também ressaltaram a falta de preparo profissional, uma vez que não há de ordem institucional tanto no âmbito hospitalar quanto na Atenção Primária de treinamentos ou orientações formais quanto ao manejo da diversidade linguística e cultural da população migrante ou refugiada.

Neste contexto, Rodrigues (2022) reflete que uns dos principais causadores da baixa eficiência dos atendimentos a refugiados e migrantes por parte da rede pública concerne da ausência de preparo dos profissionais para atender esse grupo que possuem demandas singulares. Ademais, o autor conclui que a qualificação dos profissionais é mecanismo preponderante para desenvolver suas potencialidades e

para prover ferramentas de acolhimento a essa população de acordo com suas necessidades.

Ainda por essa perspectiva, estudo com profissionais de Unidade de Emergência constatou que a falta de educação continuada é uma lacuna que compromete a assistência. Entre as sugestões para auxiliar os trabalhadores nessa temática foi evidenciado a importância de a formação acadêmica abordar não apenas aspectos linguísticos, mas englobar o entendimento de processos de migração e conhecimentos específicos sobre o processo saúde-doença dessa população (Buzzerio *et al.*, 2025).

As falas dos entrevistados revelam também que em muitos casos ocorre a inviabilização da comunicação, quando a troca de informações entre profissional e o paciente torna-se praticamente impossível de ser realizada, ou seja, nem mesmo de modo parcial a assistência é prestada. Essa ruptura direta de interação transforma o atendimento em um processo de tentativa e erro e acontece tanto pela ausência de um idioma em comum como pela vacância de indivíduos para intermediarem o diálogo, como tradutores e mediadores. Isso está exposto em relatos dos profissionais que referem ser difícil compreender o que os usuários estão falando e de saber se eles também estavam entendendo o que estava sendo dito, demonstrando uma barreira quase intransponível.

Assim, estudo com trabalhadores da saúde que atendem migrantes bengaleses no Paraná, revelou que essa incapacidade de manutenção da comunicação faz com que os profissionais da saúde improvisem constantemente, seja por meio de gestos ou tentativas de tradução por aplicativos. Todavia, essas estratégias geram atendimentos mais longos, dificuldades na adesão ao tratamento e alto risco de falhas para constituição de um cuidado integral (Delamuta *et al.*, 2020).

A inviabilização também se denota em questões burocráticas, alguns participantes relataram a dificuldade de migrantes e refugiados no preenchimento de registros de documentação, fato que mostra que essa comunicação não engloba apenas aspectos verbais, mas também de ordem escrita.

Com isso, segundo Moreno *et al* (2025) essas barreiras tanto de esfera linguística quanto burocráticas prejudica todas as etapas do processo saúde-doença, visto que lesam o agendamento de retornos, o seguimento de tratamentos e o protagonismo do usuário. Desse modo, parte dos migrantes não buscam os serviços de saúde sobretudo por demandas preventivas. Ao postergarem atendimentos ocorre

o agravamento de condições clínicas que poderiam ter sido esclarecidas precocemente. Isso é prova irrefutável da importância de desenvolver estratégias do âmbito linguístico para que se promova o acesso equitativo à refugiados e migrantes.

No que abarca as diferenças culturais nas experiências dos profissionais no atendimento a refugiados e migrantes, três subcategorias principais foram identificadas: choque cultural, papéis de gênero e percepção do SUS.

O conceito antropológico de cultura refere-se ao conjunto de comportamentos, valores e práticas coletivas que moldam a vida em sociedade, manifestando-se em expressões como a música, a linguagem e os costumes. Essa diversidade, embora seja uma das maiores riquezas humanas, também impõe desafios às políticas públicas, especialmente na saúde, exigindo novos modelos de interação, estratégias específicas e adaptações nos serviços de cuidado para atender às diferentes realidades culturais (Rodrigues, 2022).

Consequentemente, o choque cultural emerge como um dos principais subtemas encontrados pelos profissionais de saúde que foram entrevistados. Entre os relatos evidenciados, as dificuldades de ordem cultural vão além de aspectos linguísticos e englobam hábitos alimentares, práticas religiosas e concepções de saúde e doença. Ademais, os profissionais analisam parte dos usuários migrantes e refugiados com dificuldade de expressar necessidades e com constrangimentos em algumas situações.

Desse modo, embora a cultura represente o acervo de sentidos partilhados por um coletivo, como supracitado, é importante o reconhecimento de sua heterogeneidade, que causará impacto ao processo saúde-doença. De acordo com Lopes (2021), o migrante e refugiado levam consigo sua trajetória de vida e toda a sua carga cultural para o novo país. Em caso de enfermidade, por exemplo, essa bagagem age diretamente na interpretação e vivência da doença. Com isso, quando há a necessidade de assistência de saúde, que são estruturadas pela visão de saúde-doença dominante do país de acolhimento, a interação entre o usuário e o profissional tende a resultar em um conflito cultural decorrente do embate de perspectivas distintas, como reforçado pelo trabalho desenvolvido.

Entre as situações que revelam essa tensão cultural, destaca-se uma experiência em um hospital escola brasileiro, no qual um profissional isolou um paciente muçulmano com sintomas comuns de gripe, tendo como suspeita uma condição respiratória severa, sendo que o único critério era sua procedência africana.

Esses incidentes demonstram a lacuna existente no treinamento e na preparação das equipes de saúde. Logo, condições como diferenças linguísticas ou culturais não devem, sob hipótese alguma, configurar motivo para a exclusão do direito fundamental à assistência (Carvalho *et al.*, 2021).

Desse modo, o choque cultural representa o encontro entre diferentes sistemas de valores e formas de compreender o corpo e o cuidado, demandando dos profissionais sensibilidade, empatia e capacidade de mediação (Gehlen *et al.*, 2024). Assim, o estranhamento diante do idioma, das vestimentas e dos costumes de migrantes e refugiados pode tanto favorecer a construção de um cuidado equitativo e integral quanto, se malconduzido, resultar em práticas de exclusão e violência estrutural (Barreto *et al.*, 2024).

Esse desafio é ampliado pelo desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, acerca das manifestações culturais dos grupos que atendem, o que dificulta a interpretação das formas de sofrimento mediadas pela cultura e revela a carência de uma formação específica nessa dimensão (De Souza-Lopes *et al.*, 2024). Desse modo, torna-se essencial que as equipes multidisciplinares saibam gerenciar possíveis conflitos éticos, garantindo que a diversidade cultural não se transforme em obstáculo ao direito universal à saúde e reafirmando o compromisso ético do cuidado para além das diferenças culturais (Gehlen *et al.*, 2024).

Na subcategoria relativa aos papéis de gênero, torna-se evidente que a dimensão de gênero impacta significativamente o acesso e a forma como os migrantes e refugiados interagem com os serviços de saúde. Diante da perspectiva dos profissionais de saúde, as mulheres foram frequentemente descritas com um comportamento mais tímido e reservado, e que dependiam da intermediação de seus maridos para a manutenção do diálogo.

Esse comportamento é reflexo dos aspectos culturais e religiosos de algumas comunidades, nas quais o homem assume a posição de liderança e a mulher adota um papel mais discreto. Todavia, esse mecanismo tem como consequência o comprometimento da autonomia e da privacidade da mulher durante a assistência.

Para ilustrar essa problemática, é relevante citar o caso de uma parturiente haitiana atendida em um Hospital Universitário, que estava acompanhada pelo marido. Por ele compreender o português, ele se encarregava de toda a tradução. Assim, quando uma médica sugeriu um método contraceptivo para o período pós-parto, o marido omitiu a informação da esposa e prontamente recusou o

anticoncepcional, impedindo que a mulher fosse informada e pudesse exercer sua autonomia na decisão (Carvalho *et al.*, 2021).

Desse modo, percebe-se que a intersecção entre gênero e migração configura um cenário singular para as mulheres migrantes, que ultrapassa as condições precárias de trabalho, a pobreza e o baixo nível de escolaridade. A essas vulnerabilidades somam-se fenômenos como a feminização da pobreza e do trabalho, o controle sobre o corpo e a reprodução, além da intensificação da violência de gênero. Nesse contexto, a saúde das mulheres migrantes requer atenção diferenciada, por envolver dimensões complexas relacionadas à sexualidade, fecundidade, maternidade, gestação, parto, puerpério, planejamento reprodutivo, contracepção e infecções sexualmente transmissíveis. Em muitos casos, o direito de escolha dessas mulheres é restringido por barreiras linguísticas e por normas culturais que limitam sua autonomia (Chaves *et al.*, 2023).

Em contrapartida, também foram relatadas situações nas quais os homens prestavam auxílio na tradução e na compreensão das orientações de saúde, o que se revela um facilitador do cuidado. Essa dualidade indica que os papéis de gênero podem tanto criar obstáculos quanto contribuir positivamente para o processo assistencial. Assim, o entendimento aprofundado das relações de gênero é fundamental para que o atendimento seja conduzido de forma ética, respeitosa e sem colocar em risco o direito à autonomia das mulheres.

Já a percepção do SUS pelos migrantes foi relatada de maneira positiva pelos profissionais. De modo geral, os entrevistados destacaram o encantamento e a gratidão dos usuários ao perceberem a gratuidade e a amplitude dos serviços oferecidos. Com isso, atendimento sem custo, a facilidade de acesso e o acolhimento das equipes foram vistos como diferenciais importantes em relação à realidade dos países de origem desses migrantes.

Essa perspectiva positiva é confirmada em estudos realizados com refugiado e migrantes, de acordo com eles, apesar de algumas falhas administrativas e de desafios pontuais, o sistema de saúde brasileiro oferece uma assistência médica acessível e de alta qualidade, sendo significativamente superior quando comparado às estruturas de saúde de suas nações de origem como Venezuela, Haiti e Angola. Há relatos que nesses locais, o sistema de saúde é predominantemente privado ou semiprivatizado, o que implica em custos elevados pelos serviços e,

consequentemente, dificulta o acesso universal da população aos cuidados (Ferah; Aruda, 2025).

Apesar de muitos imigrantes manterem uma visão positiva do sistema de saúde do Brasil, políticas de saúde e sociais necessitam de maior inclusão para oferecer o suporte adequado a essa população, especialmente durante e após crises, como a pandemia de COVID-19. Além disso, a ausência de políticas públicas específicas, o preconceito, a dificuldade em obter documentos e a barreira idiomática são alguns dos fatores que comprometem a integralidade da atenção a essa população. Neste sentido, a articulação entre direitos humanos e saúde global é fundamental para promover avanços nas questões de saúde dos migrantes e refugiados (Delamuta, 2020; Ferraz; Aruda, 2025).

Há também exemplos do desconhecimento por parte dos usuários em relação ao funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Por exemplo, segundo relatos das próprias mulheres migrantes, o sistema de saúde congolês opera mediante pagamentos efetuados após a realização das consultas, e somente os casos de emergência ou de maior gravidade são imediatamente assumidos pelo Estado. Por conseguinte, o modelo de funcionamento brasileiro, que é gratuito e universal, gera questionamentos por parte dessas usuárias. Em decorrência disso, muitas pacientes evitam procuras pelos serviços (Colodetti; Ortega, 2025).

O desenvolvimento do estudo também permitiu identificar que os profissionais de saúde desenvolvem diferentes estratégias de adaptação para lidar com as barreiras linguísticas e culturais no atendimento a refugiados e migrantes. Essas técnicas se expressam em três subtemas principais: uso de tecnologia e meios alternativos, trabalho colaborativo e trabalho autônomo.

O uso de tecnologias e meios alternativos emergiu como a principal estratégia para contornar as dificuldades de comunicação. Muitos profissionais relataram recorrer a tradutores automáticos, especialmente aplicativos digitais, além de gestos, mímicas, desenhos e objetos visuais como formas de facilitar a compreensão mútua. Embora reconheçam que tais recursos não substituem a comunicação verbal plena, eles se mostraram eficazes para transmitir informações básicas, orientar procedimentos e reduzir a ansiedade de ambas as partes.

Ainda assim, é fundamental considerar que a interação e o atendimento social ultrapassam a esfera verbal, atingindo o campo do simbólico. A necessidade do toque para a realização do exame físico, por exemplo, também se constitui como um

obstáculo na relação entre o profissional e o migrante. Apesar disso, a busca ativa por comunicação e a aplicação de ferramentas paralelas têm sido o caminho adotado tanto pelos profissionais quanto pelos migrantes para o estabelecimento do cuidado e da interação (Buzzerio *et al.*, 2025).

A utilização de aplicativos de tradução, protocolos visuais, mímicas e gestos são os recursos mobilizados quando a linguagem verbal não é viável. Tais práticas demonstram a capacidade adaptativa das equipes e o uso engenhoso de tecnologias no contexto assistencial. Assim, o imprevisto, muitas vezes visto como limitação, assume um papel construtivo como ferramenta de mediação cultural e linguística (Buzzerio *et al.*, 2025).

Contudo, é imprescindível ponderar os desafios inerentes a essas estratégias. Embora o uso da tecnologia seja incentivado como forma de aproximação entre profissional e usuário, os migrantes e refugiados são frequentemente postos em situações de vulnerabilidades. Dessa forma, as barreiras tecnológicas podem aprofundar ainda mais essas desigualdades e provocar o efeito oposto ao pretendido (Sousa, 2025).

A segunda subcategoria, trabalho colaborativo, evidenciou que o enfrentamento das barreiras culturais é mais efetivo quando existe cooperação entre os membros da equipe e outros atores do contexto social. Os profissionais relataram situações em que o serviço social, colegas de trabalho e até familiares dos pacientes atuaram como tradutores improvisados ou mediadores culturais. Isso permitiu que o atendimento fosse conduzido com maior segurança e humanização, especialmente em casos que envolviam procedimentos mais invasivos ou orientações detalhadas.

Adicionalmente, a família representa uma rede de apoio consistente e, neste estudo, foi reconhecida como uma estratégia essencial para o atendimento a migrantes, sendo valorizada tanto pelos profissionais quanto pelos próprios usuários, apesar de situações que possam comprometer a autonomia dos refugiados e migrante.

Uma pesquisa anterior corrobora com esses achados, indicando que migrantes que enfrentam o processo de migração com apoio familiar sentem-se mais fortalecidos por uma sensação de pertencimento. Somado a isso, os familiares frequentemente exercem o papel de intérpretes, traduzindo ou, no mínimo, facilitando a assistência para aqueles que não compreendem ou não falam o idioma português. No entanto, a

dificuldade dos profissionais em proporcionar um atendimento adequado à pessoa migrante vai além da questão comunicacional (Buzzerio *et al.*, 2025).

A subcategoria aprendizado autônomo destacou a iniciativa individual dos profissionais em buscar formas próprias de aprimoramento e comunicação com os migrantes. Muitos relataram aprender palavras básicas no idioma dos pacientes, observar expressões corporais e desenvolver, com o tempo, uma sensibilidade para interpretar gestos e comportamentos. Essa aprendizagem empírica, adquirida pela prática diária, reflete um processo contínuo de construção de competências culturais e comunicacionais.

À vista disso, ressalta-se a importância da comunicação entre profissionais e população migrante, pois é por meio dela, verbal ou não verbal, que o cuidado em saúde se efetiva. Assim, a compreensão do idioma e de dialetos locais torna-se essencial por parte dos profissionais, uma vez que barreiras linguísticas e culturais dificultam o vínculo terapêutico e comprometem a qualidade do atendimento (Silva, 2021; Sousa, 2025).

4.3. Os sentimentos dos profissionais de saúde no atendimento a refugiados e migrantes.

Depoimentos referente a pergunta: Como se sentiu atendendo um cliente refugiado ou migrante?

Os depoimentos foram agrupados em três principais categorias: sentimento de despreparo, vivências ambíguas e aprendizados (Quadro 2).

Quadro 2 – Pergunta 02: Categorias e Subtemas.

Categorias	Subtemas
Sentimento de despreparo	Insegurança por despreparo Impotência/limitação
Vivências ambíguas e afetivas	Ambivalência emocional Empatia
Aprendizado	Sentimento de gratificação Interesse cultural Resiliência

Fonte: Autores

A análise das respostas revela um sentimento praticamente generalizado de despreparo entre os profissionais de saúde envolvidos na assistência a refugiados e migrantes. Esse sentimento manifesta-se em duas dimensões principais: insegurança profissional e a sensação de impotência e limitação. Ambas refletem as dificuldades encontradas frente às barreiras linguísticas, culturais e estruturais inerentes ao cuidado de populações em situação de vulnerabilidade.

No subtema insegurança profissional, os profissionais referem que a presença desse sentimento está atrelada a ausência de preparo técnico e comunicacional. Foram citados a falta de domínio de idiomas, o desconhecimento de costumes culturais e a inexistência de formação específica. Com isso, de acordo com parte dos entrevistados, esse sentimento também vigora sob uma linha tênue de auto percepção de incompetência por parte dos profissionais

Esta situação está em consonância com estudos que indicam que a barreira linguística provoca um sentimento de insegurança tanto nos migrantes, ao tentarem

explicar seus sintomas, quanto nos profissionais, ao tentarem transmitir informações. Dessa forma, o obstáculo do idioma é intensificado quando a doença é mais grave, uma vez que há maior uso de termos técnicos pelos profissionais para esclarecer o quadro, somado à dificuldade dos pacientes em compreender instruções durante procedimentos que requerem sua colaboração. Como resultado de não dominarem a língua local, os imigrantes demonstram grande dificuldade em comunicar-se com eficiência e liberdade, o que, conseqüentemente, fragiliza o acesso dessa população aos sistemas de saúde (Rodrigues, 2022).

Ademais, essa insegurança não se origina apenas de uma limitação individual, mas sim de uma lacuna institucional que se manifesta na formação e na falta de apoio contínuo ao profissional de saúde. Frequentemente, o profissional é colocado em situações complexas sem possuir as ferramentas necessárias para atuar de maneira adequada e resolutiva.

Já a subcategoria sentimento de impotência e limitação evidencia o impacto emocional e ético dessas experiências. Os profissionais relatam frustração e angústia ao se depararem com a impossibilidade de compreender plenamente as necessidades dos pacientes ou de comunicar informações essenciais ao cuidado. A dificuldade de estabelecer vínculo e confiança com o usuário, somada à ausência de recursos institucionais, como tradutores ou protocolos específicos, gera a sensação de estar agindo de forma incompleta, comprometendo o ideal de oferecer um atendimento integral e equitativo.

Conforme Campos *et al.* (2022), diante dos desafios comunicacionais, a equipe de enfermagem podem vivenciar desconforto, angústia, ansiedade e estresse, o que impacta seu bem-estar físico e emocional. Nessas situações, é comum o sentimento de impotência, marcado pela auto cobrança e pela preocupação em não alcançar o padrão de cuidado desejado.

Além disso, esses sentimentos se intensificam quando a prática em saúde é reduzida a simples como, “não fume” ou “beba água”, por exemplo. Nessa lógica, o espaço para o diálogo e a escuta das vivências dos pacientes se torna limitado, e o papel do profissional passa a ser apenas o de garantir a obediência às regras. Assim, práticas baseadas em prescrições acabam restringindo a autonomia dos indivíduos, tornando a assistência a saúde uns amontoados de imperativos institucionais (Campos *et al.*, 2022).

Ademais, a análise das falas dos profissionais de saúde revela que o atendimento a refugiados e migrantes é permeado por vivências ambíguas e afetivas, expressas nas subcategorias ambivalência emocional e empatia. Essas dimensões evidenciam o entrelaçamento de sentimentos contraditórios, nos quais o desejo genuíno de acolher e ajudar se mistura à incerteza, à insegurança e ao desgaste emocional decorrente das limitações impostas pelo contexto em que os indivíduos se inserem.

Na subcategoria ambivalência emocional, nota-se que os profissionais vivenciam simultaneamente satisfação e frustração durante o cuidado. Há um sentimento de realização por poder contribuir com pessoas em situação de vulnerabilidade, mas também um desconforto gerado pela dificuldade de comunicação, pela falta de preparo sobretudo cultural e pelo medo de não atender adequadamente às necessidades do paciente.

Essa dualidade de sentimentos reflete a complexidade do encontro intercultural, que exige do profissional não apenas competências técnicas, mas também capacidade de lidar com a própria dimensão emocional. A ambivalência, nesse sentido, torna-se uma resposta humana diante de contextos marcados pela incerteza e pela imprevisibilidade, em que a intenção de cuidar confronta-se com os limites concretos das condições de trabalho e do conhecimento disponível.

Um estudo qualitativo recente de Buzzerio *et al.* (2025) sobre as interações em um hospital escola demonstrou que, embora haja um esforço claro em adotar uma postura empática e humanizada, que muitas vezes é reconhecida pelos próprios migrantes, esse empenho é confrontado por significativas dificuldades. A ambivalência se manifesta quando o profissional, imbuído do desejo de acolher e oferecer um serviço de qualidade, se depara com a frustração causada pelas barreiras linguísticas, pela insegurança gerada pelo desconhecimento cultural e pela limitação estrutural do serviço, que dificultam a comunicação plena e o respeito à individualidade. Portanto, o atendimento se constrói em um campo de significados duplos, onde o senso de dever e a solidariedade competem com o esgotamento e a sensação de impotência diante dos obstáculos.

A subcategoria empatia evidencia o esforço ativo dos profissionais de saúde em construir elos apesar das barreiras linguísticas e culturais. Com isso, mesmo diante dos desafios, manifesta-se uma busca por compreender o paciente, reconhecer sua trajetória de vida e ajustar o cuidado às suas necessidades singulares. Tal postura

empática revela um compromisso profissional, sustentado pelo desejo de oferecer acolhimento e respeito.

Contrariamente a essa demonstração de esforço, um estudo realizado em Roraima com técnicos de enfermagem de um hospital geral aponta para uma realidade distinta, haja vista que apenas uma minoria dos participantes demonstrou um olhar genuinamente humanizado e inclusivo em relação aos estrangeiros (Barbosa *et al.*, 2024).

Ademais, os discursos dos profissionais de saúde também lançaram luz aos sentimentos de aprendizado, do qual emergiram três subcategorias que expressam esse movimento: sentimento de gratificação, interesse intercultural e resiliência.

Na subcategoria sentimento de gratificação, percebe-se que, apesar dos desafios enfrentados, os profissionais relatam satisfação e alegria ao conseguirem estabelecer uma comunicação efetiva e oferecer um atendimento acolhedor. A superação das dificuldades seja por meio da criatividade, da empatia ou do imprevisto gera uma sensação de realização e de propósito no trabalho em parte dos entrevistados.

Essa gratificação é associada à percepção de que, mesmo diante das limitações estruturais, é possível proporcionar conforto e segurança ao paciente, reforçando o sentido ético e humano da profissão. Trata-se de uma recompensa simbólica, que compensa o esforço e reafirma o compromisso dos trabalhadores com o cuidado integral e solidário (Buzzerio *et al.*, 2025).

Nesse contexto, o sentimento de dever cumprido é fortalecido pelo reconhecimento de que os profissionais atuam na garantia dos direitos humanos e do acesso universal à saúde em situações de vulnerabilidade. Essa atuação individual ganha ainda mais relevância diante das falhas das políticas públicas em superar barreiras estruturais e riscos de exclusão. Assim, ao aplicar princípios éticos e legais e enfrentar práticas discriminatórias, o profissional vivencia uma recompensa simbólica, que valoriza seu empenho e reafirma seu compromisso com um cuidado integral e solidário (Marçal *et al.*, 2024).

A subcategoria interesse intercultural revela que a convivência com pessoas de diferentes origens, culturas e línguas é percebida como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Os profissionais reconhecem que cada encontro representa uma troca de saberes e experiências, na qual aprendem tanto quanto ensinam.

Esse aprendizado não se restringe ao campo técnico, mas envolve a ampliação da sensibilidade cultural, a escuta ativa e a valorização da diversidade como elemento enriquecedor da prática em saúde. O contato com o “outro” desperta curiosidade, respeito e um olhar mais atento às singularidades, favorecendo o desenvolvimento de competências interculturais fundamentais para o contexto contemporâneo do cuidado. Por hora, causa até divertimento ao profissional tamanho seu entusiasmo pela troca.

Isso está de acordo com que preconiza Campos *et al* (2022) que considera que para atender pessoas de culturas diversas é necessário que o profissional tenha interesse em conhecer e se aproximar da visão de mundo de seus pacientes e por sua rede de significados, símbolos e experiências pessoais. Entretanto, quando isso não ocorre, sobretudo em virtude da inviabilização da comunicação e interpretações inadequadas dos problemas, os profissionais podem exacerbar seus preconceitos em relação a determinados grupos sociais e culturais.

Desse modo, é fundamental que os profissionais da saúde desenvolvam consciência crítica sobre seus preconceitos, tanto os já existentes quanto aqueles que podem surgir no contato com diferentes culturas. Muitas vezes, esses julgamentos só se revelam diante do encontro com o outro, exigindo um exercício contínuo de autopercepção e reflexão. Assim, é essencial manter atenção constante à comunicação verbal e não verbal, evitando atitudes que reforcem estigmas. Valorizar o encontro, o diálogo, a escuta e o respeito às diferenças constitui, portanto, uma verdadeira tecnologia de cuidado (Campos *et al.*, 2022).

Outrossim, o subtema resiliência revela a capacidade dos profissionais de converter desafios em chances de desenvolvimento. Os relatos expõem que as dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores como as barreiras de comunicação e a carência de suporte institucional são constantemente reinterpretadas e servem como forças motrizes para prover uma assistência a refugiados e emigrantes que vigore a paciência e a confiança.

Nessa perspectiva, a resiliência manifesta-se na capacidade de aprender com os erros, adaptar estratégias e reconhecer o valor do cuidado para além de técnicas e protocolos. Assim, o ato de cuidar adquire um sentido ampliado, que envolve presença, escuta e afetividade, transformando gestos simples em instrumentos terapêuticos e comunicativos potentes principalmente em cuidado a populações em vulnerabilidade (Kukul *et al.*, 2025).

Outro aspecto essencial para um acolhimento eficaz é a disposição em ouvir o usuário de forma plena e atenta, colocando-o no centro das ações de cuidado. A escuta qualificada é responsabilidade primária da equipe de saúde e constitui um pilar fundamental na promoção de vínculos e confiança. Nesse sentido, compreender o contexto de vida de migrantes e refugiados é determinante para a qualidade do encontro clínico, pois o senso comum e as ideias preconcebidas podem naturalizar estigmas e dificultar um cuidado verdadeiramente humanizado (Kukul *et al*, 2025).

4.4. Os profissionais de saúde e as necessidades de saúde de refugiados e migrantes.

Depoimentos referentes a pergunta: Explique por que acha que atendeu ou não atendeu as necessidades dos pacientes?

Os depoimentos foram agrupados em três principais categorias: Atendimento percebido como satisfatório, Atendimento percebido como insuficiente e Atendimento incerto ou duvidoso

Quadro 3 – Pergunta 03: Categorias e Subtemas.

Categorias	Subtemas
Atendimento percebido como satisfatório	Uso de estratégias alternativas de comunicação Cumprimento efetivo de procedimentos e rotinas
Atendimento percebido como insuficiente	Limitações da comunicação Falta de suporte institucional
Atendimento incerto ou duvidoso	Incerteza sobre compreensão do paciente Percepção de atendimento parcial

Fonte: Autores

No que engloba a percepção da efetividade do atendimento a refugiados e migrantes em atender suas necessidades, a maioria dos profissionais entrevistados concluíram como, satisfatório. Entretanto, reconheceram os entraves de comunicação

e institucionais. Assim, emergem dois subtemas centrais que sustentam essa percepção: uso de estratégias alternativas de comunicação e cumprimento efetivo de procedimentos e rotinas.

Na subcategoria uso de estratégias alternativas de comunicação, observa-se que os profissionais desenvolveram métodos diversos para interagir com os pacientes, adaptando-se às dificuldades de idioma. Há muitos relatos de que eles recorreram à observação, gestos, expressões faciais, escrita e até aplicativos de tradução para facilitar o entendimento.

Essas estratégias estão em consonância com aquelas por profissionais da saúde que atendem haitianos no Paraná, nas quais utilizam Google tradutor no celular, mímica, desenho, marcam na seringa a quantidade de medicamento a ser ingerido, nas consultas pedem que o imigrante venha acompanhado de uma pessoa que fale português, e distribui uma cartilha sobre o SUS e as UBS nos idiomas dos haitianos (Kinasz, *et al.* 2023; Fortkamp *et al.*, 2025).

Tais estratégias demonstram um esforço ativo para mitigar as barreiras e manter a efetividade da assistência, refletindo a capacidade de improvisação e empatia das equipes, que buscam compreender o outro apesar da ausência de um meio comunicativo ideal. Ademais, a literatura reforça que o aprimoramento da comunicação, mesmo por vias não verbais ou escritas, permite maior aproximação dos profissionais com os migrantes e o estabelecimento de laços de confiança (Molinari, 2021).

Portanto, a comunicação é vista como um aprendizado contínuo e como ferramenta essencial para o sucesso do atendimento. O resultado se torna satisfatório não apenas pela técnica aplicada e pelo cumprimento dos procedimentos, mas principalmente pelo vínculo e pela confiança estabelecidos. Essa atitude reflete a busca por uma intervenção mais integrada, colaborativa e holística, conforme preconizado na aquisição de competências interculturais (Delamuta *et al.*, 2020), reforçando o sentido humanizado do cuidado.

Já a subcategoria cumprimento efetivo de procedimentos e rotinas destaca a percepção de que o atendimento foi satisfatório por ter garantido a realização dos procedimentos necessários, assegurando a continuidade do cuidado e a resolução das demandas apresentadas. Ou seja, mesmo reconhecendo as limitações, os profissionais afirmam que os atendimentos foram executados de modo responsável, assegurando protocolos e garantindo que os pacientes recebessem o tratamento

adequado, as rotinas como maiores citações foram as vacinações, até procedimentos mais complexos, como realização de implante de marca-passo.

Essa efetividade está presente em pesquisa que analisou o itinerário terapêutico de mulheres migrantes com câncer de colo de útero em Foz do Iguaçu. Apesar de todos os obstáculos encontrados recebem atendimento de cirurgias oncológicas, radioterapia, quimioterapia e braquiterapia. Além de acolhimento emocional e reabilitação (Kaufmann, 2025).

No entanto, os profissionais reconhecem que o atendimento poderia ter sido melhor se houvesse maior suporte institucional e recursos de tradução, mas ainda assim sentem que atingiram o objetivo principal: oferecer um cuidado seguro, digno e resolutivo.

Também houve o agrupamento das percepções dos profissionais de saúde como o atendimento a refugiados e migrantes percebido como insuficiente. Essa percepção reflete um sentimento de limitação frente às demandas específicas dessa população e evidencia lacunas estruturais e comunicacionais que comprometem a integralidade do cuidado. Assim, dois subtemas foram definidos: limitações da comunicação e falta de suporte institucional, que, inter-relacionados, revelam o quanto fatores externos ao domínio técnico individual impactam a efetividade do atendimento.

Na subcategoria limitações da comunicação, destaca-se que a dificuldade em compreender e ser compreendido é um dos principais entraves para o atendimento integral. Novamente a questão da barreira linguística aparece como um obstáculo que vai além da simples troca de informações, uma vez que segundo os entrevistados dificulta o desenvolvimento de vínculos, da escuta qualificada e da capacidade de compreender a subjetividade e o contexto de vida do usuário

Assim, os profissionais demonstram consciência crítica sobre o fato de que o atendimento, embora resolutivo em aspectos biomédicos, torna-se incompleto do ponto de vista relacional e cultural.

Isso está em consonância com Kinasz *et al* (2023) que em pesquisa realizada em Unidade de Saúde em Curitiba com profissionais de saúde e migrantes conclui-se que a comunicação do binômio mediada por limitações impacta na qualidade do atendimento ofertado e compromete a constituição de uma assistência que visa promover a integralidade e uma clínica ampliada.

A subcategoria falta de suporte institucional reforça a ideia de que a insuficiência percebida não decorre apenas de limitações individuais, mas de uma

carência estrutural e organizacional. Os profissionais relatam a ausência de tradutores, mediadores culturais e protocolos específicos para o atendimento a migrantes e refugiados, além de enfrentarem restrições de tempo e de recursos humanos.

Essas condições dificultam a adaptação do cuidado às particularidades dessa população e geram frustração entre os trabalhadores, que se sentem sobrecarregados e impotentes diante das demandas que extrapolam suas possibilidades de atuação. Isso está em consonância com relatos de pesquisa qualitativa realizado com 210 Agentes Comunitárias de Saúde que atuam em sete municípios da região Sul do Brasil. Foram referidos que as condições estruturais, materiais e de recursos humanos são insuficientes para garantir um cuidado adequado às demandas específicas dos imigrantes (Santos *et al.*, 2023). Outro estudo também realizado com profissionais da saúde identificou a percepção de que os serviços não dispõem de estrutura material nem de recursos humanos suficientes e adequados para o atendimento dessa população. Essa limitação é agravada tanto pela escassez de recursos quanto pela falta suporte institucional para preparo dos profissionais em aspectos culturais e linguísticos relacionados à realidade dos imigrantes (Barbosa *et al.*, 2020).

Dessa forma, o atendimento percebido como insuficiente não significa falta de empenho profissional, mas aponta para a necessidade urgente de fortalecimento das políticas públicas e institucionais voltadas à atenção intercultural em saúde. Investir em estratégias de comunicação mediada, formação continuada e criação de protocolos específicos pode minimizar as lacunas apontadas e ampliar a capacidade de resposta do sistema de saúde frente à diversidade.

Por fim, houve a delimitação dos discursos que compreendem o atendimento a refugiados e migrantes como incerto ou duvidoso, revelando sentimentos de ambiguidade e insegurança quanto à efetividade do cuidado prestado. Para melhor compreensão foram elencadas duas subcategorias: incerteza sobre a compreensão do paciente e percepção de atendimento parcial.

Na subcategoria incerteza sobre a compreensão do paciente, observa-se que a barreira linguística gera dúvidas constantes sobre a comunicação estabelecida durante o atendimento. Durante as entrevistas, os profissionais relatam insegurança quanto à real compreensão das orientações, diagnósticos ou condutas terapêuticas por parte dos pacientes, o que compromete a confiança no resultado do cuidado. Essa dificuldade de confirmar o entendimento do outro desperta sentimentos de dúvida e

inquietação, visto que o profissional se vê limitado em garantir que as informações tenham sido plenamente assimiladas.

Diante disso, uma revisão internacional revelou que esses sentimentos dos profissionais carecem de atenção uma vez que em muitas situações os migrantes e refugiados relatam, de fato, que as consultas tendem a terem ruídos comunicacionais que prejudicam a compreensão sobre seu próprio estado de saúde. Isso faz com que os atendimentos de suas necessidades de saúde sejam comprometidos ou mal interpretados (Filler *et al.* 2020).

A subcategoria percepção de atendimento parcial complementa essa análise ao mostrar que, embora os profissionais sintam que conseguiram realizar parte das ações esperadas, há a consciência de que o atendimento não atingiu sua plenitude. Essa percepção de parcialidade está relacionada tanto às dificuldades de comunicação quanto à dependência de terceiros para mediar o diálogo, o que reduz a autonomia profissional e interfere na fluidez do cuidado. Assim, o atendimento é visto como “suficiente dentro das limitações”, mas não totalmente satisfatório, já que o profissional percebe que a ausência de compreensão mútua e de acompanhamento adequado pode comprometer a continuidade da assistência.

Esses achados convergem com os resultados de outras pesquisas que abordam os desafios enfrentados por profissionais da saúde no atendimento a populações migrantes. Em estudo realizado por Alvim *et al.* (2023), que investigou a percepção de gestores de saúde sobre a implementação de ações voltadas ao enfrentamento do HIV e da sífilis entre mulheres migrantes venezuelanas em Boa Vista e Manaus, foram apontados como principais obstáculos que levaram o entendimento de um atendimento parcialmente satisfatório o idioma, a ausência de documentação e as constantes mudanças de endereço. De modo semelhante, Sousa (2025) também ressalta que essas limitações estruturais e comunicacionais comprometem a efetividade das ações destinado às pessoas em situação de migração, fazendo com que seja vista como parcial, sem englobar a integralidade do cuidado.

Dessa forma, o atendimento incerto ou duvidoso representa uma experiência complexa, na qual o profissional de saúde equilibra a prática técnica com a sensibilidade humana, enfrentando os desafios da diversidade cultural e linguística. Mais do que um reflexo de falha, a incerteza expressa nas falas é também um indicativo de consciência crítica e compromisso ético dos profissionais, que

reconhecem suas limitações e buscam constantemente melhorar a qualidade da assistência oferecida a refugiados e migrantes.

4.5. As sugestões de profissionais de saúde para a melhoria da assistência a refugiados e migrantes.

Depoimentos referentes a pergunta: Dê algumas sugestões que poderiam te auxiliar no atendimento à saúde a refugiados e migrantes e para que as necessidades desse grupo sejam plenamente atendidas.

A pergunta que analisou as sugestões para auxiliar na melhoria da assistência a refugiados e migrantes teve como categorias: Comunicação linguística, estruturas institucionais e capacitação cultural (Quadro 4).

Quadro 4 – Pergunta 04: Categorias e Subtemas.

Categorias	Subtemas
Comunicação linguística	Aprendizado de idiomas Inclusão comunicacional ampliada
Estruturas institucionais	Tradutores e mediação linguística Suporte/integração de serviços
Capacitação cultural	Formação e sensibilização cultural Humanização

Fonte: Autores

A partir das falas dos profissionais, sendo as barreiras de linguagem a temática com maior entrave para a constituição de uma assistência de saúde plena, estratégias para auxiliar a comunicação linguística foram os mais evidenciados. Assim, destaca-se dois subtemas: aprendizado de idiomas pelos profissionais de saúde e inclusão comunicacional ampliada.

Na subcategoria aprendizado de idiomas pelos profissionais de saúde, destaca-se a percepção de que a fluência básica em outras línguas um recurso essencial para aprimorar a comunicação com pacientes de origens diversas. Assim como evidenciado de sobremaneira em outros trechos deste trabalho, os profissionais reconheceram mais uma vez que a ausência de domínio linguístico estabelece uma

barreira significativa para o atendimento integral e que a realização de cursos de idiomas ofertados pelas instituições de saúde seria uma estratégia viável. Entretanto, tal estratégia tem sua efetividade de médio a longo prazo, impossibilitando ações imediatas.

Os profissionais em nenhum momento citaram a importância do refugiado ou migrante em aprender o português, Simon e Santos (2025) trata que a compreensão idiomática por parte dessa população no país em que vivem é um antídoto contra situações de invisibilidade e de vulnerabilidade. O estudo traz o conceito de língua de acolhimento, que tem como objetivo integrar social e profissionalmente os refugiados e migrantes. Além de auxiliar em tarefas cotidianas como busca por assistência de saúde, assinatura de documentos e adentrar em transporte público. Entretanto seu ensinamento não representa o apagamento das raízes culturais da população, que por meio de método faz com que culturas distintas sejam vivenciadas.

A efetividade dessa proposta é discutida em artigo que reflete sobre o projeto Português Brasileiro para Migração Humanitária, implementado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), que atende estrangeiros em vulnerabilidade da comunidade geral e estudantes para que se tenha a plena inserção na sociedade diante da superação da barreira linguística (Cursino, 2023).

Já a subcategoria inclusão comunicacional ampliada amplia essa reflexão ao indicar que a solução para as barreiras linguísticas não deve se restringir à responsabilidade individual dos profissionais, mas requer estratégias institucionais e estruturais. As falas apontam a necessidade de mecanismos de apoio à comunicação para além do idioma propriamente dito.

Esse entendimento ampliado engloba por exemplo, o preparo profissional e de recursos multilíngues, como orienta material desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Tal documento leva gestores e profissionais do SUS a compreenderem as especificidades da linguagem e comunicação dos migrantes e a disponibilizarem material multilíngue com orientações sobre horários e procedimentos. (Brasil, 2024).

Tais medidas representam uma política de inclusão comunicacional que reconhece a diversidade linguística e cultural como um componente legítimo da realidade do SUS e das instituições de saúde. Além disso, o uso de tecnologias de tradução e a criação de ambientes comunicacional mente acessíveis contribuem para reduzir desigualdades e fortalecer o princípio da integralidade do cuidado, como citado pelos profissionais.

Outrossim, as falas dos profissionais de saúde evidenciam que as estruturas institucionais têm papel decisivo na efetividade do atendimento a refugiados e migrantes, especialmente diante das barreiras linguísticas e culturais que permeiam esse contexto. Os depoimentos revelam que, embora os trabalhadores se esforcem individualmente para oferecer um cuidado adequado, há um consenso de que o suporte organizacional ainda é insuficiente, resultando em improvisações e sentimento de impotência.

Assim, há duas subcategorias principais: presença de tradutores e mediação linguística e suporte organizacional e integração de serviços, as quais expressam tanto as lacunas institucionais quanto as sugestões de melhoria para um cuidado mais inclusivo e resolutivo.

No subtema presença de tradutores e mediação linguística, as falas destacam a necessidade urgente de incorporar profissionais ou ferramentas especializadas em tradução dentro das unidades de saúde. A ausência de tradutores qualificados é percebida como um obstáculo significativo à comunicação, impactando diretamente o diagnóstico, o tratamento e o acolhimento dos pacientes migrantes.

Nesse sentido, a presença de intérpretes humanos, especialmente capacitados em terminologia médica, é vista como uma medida fundamental para assegurar um cuidado mais seguro, ético e humanizado. Além disso, o reconhecimento institucional da mediação linguística como parte integrante do processo de cuidado amplia a noção de qualidade assistencial, tornando-a sensível às especificidades culturais e comunicacionais dos pacientes.

Essa iniciativa está alinhada ao Programa de Mediadores Interculturais de Porto Alegre, criado em outubro de 2021 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA), com a finalidade de reduzir as barreiras de acesso aos serviços de saúde enfrentadas por pessoas migrantes. O programa vem desenvolvendo estratégias voltadas à promoção e garantia do direito à saúde de migrantes, refugiados, solicitantes de visto humanitário e apátridas. (Carpentieri, 2025).

Sob essa perspectiva, a mediação intercultural na saúde transcende a função de mero instrumento de tradução ou aproximação entre idiomas e culturas, configurando-se como um espaço de negociação permeado por relações de poder. Assim, o diálogo intercultural não se limita à convivência pacífica entre diferentes visões de mundo, mas impulsiona a revisão de paradigmas consolidados e a construção de novas formas de compreender a existência. Assim, a atuação dos

mediadores assume um papel transformador, ao desafiar concepções tradicionais de saúde e promover o reconhecimento dos saberes, modos de vida e particularidades das pessoas em situação de migração. (Carpentieri, 2025)

A subcategoria suporte organizacional e integração de serviços complementa essa discussão ao evidenciar a percepção dos profissionais de que a responsabilidade pelo acolhimento de refugiados e migrantes deve ser compartilhada pela instituição de saúde.

As falas sugerem a necessidade de maior planejamento institucional, com comunicação prévia sobre a presença de pacientes estrangeiros, protocolos de atendimento intercultural, treinamentos contínuos e fluxos integrados entre os setores. A falta de informação e de articulação entre as equipes é apontada como fonte de desorganização e sobrecarga, comprometendo a agilidade e a qualidade da assistência.

Também é mencionada a importância de ampliar a estrutura física e de pessoal, considerando o aumento da demanda decorrente da chegada de populações migrantes, o que exige redimensionamento de recursos e fortalecimento das políticas públicas de saúde voltadas à diversidade.

Para garantir a inclusão efetiva dos migrantes no SUS, torna-se indispensável a reorganização dos serviços de saúde, de modo que estes se ajustem e se adaptem à realidade migratória. Embora o direito à saúde esteja previsto na Constituição Federal, o fenômeno da migração tem exposto fragilidades na estrutura do sistema e o despreparo do país para atender adequadamente essa população, além da escassez de políticas públicas específicas. Nesse sentido, a ampliação do conhecimento sobre o acesso dos migrantes aos serviços de saúde é fundamental, pois representa um instrumento essencial para subsidiar a formulação de políticas, programas e estratégias mais eficazes, capazes de fortalecer e aprimorar o SUS diante das demandas dessa população (Rodrigues, 2022).

Diante disso, os desafios enfrentados pela migração e refúgio no âmbito do SUS decorrem da forma como as instituições de saúde se comprometem com a efetivação de direitos humanos assegurados pela Constituição. É fundamental que o cuidado ofertado vá além da dimensão biomédica, contemplando as especificidades culturais, sociais e de estilo de vida de cada indivíduo. Dessa forma, o atendimento torna-se mais integral e humanizado, favorecendo a adesão ao tratamento. Para isso, é imprescindível a busca contínua por novas práticas, políticas e estratégias que

promovam a equidade, combatam a discriminação e fortaleçam o princípio do direito universal à saúde (Brandt *et al.*, 2022).

Assim, a discussão sobre estruturas institucionais reafirma que o cuidado a refugiados e migrantes não se resume à prática clínica, mas envolve um compromisso organizacional com a diversidade e com os direitos humanos. A presença de tradutores e a oferta de suporte organizacional são medidas que não apenas facilitam a comunicação, mas também representam um gesto de reconhecimento da alteridade e de valorização da equidade no cuidado.

Na subcategoria formação e sensibilização cultural, os participantes ressaltam a importância de capacitações específicas que abordem as particularidades culturais, sociais e religiosas dos grupos migrantes. Essa formação é vista como fundamental não apenas para evitar equívocos e preconceitos, mas também para possibilitar uma comunicação mais sensível e respeitosa. As falas demonstram que o contato com pacientes de diferentes origens desperta curiosidade, mas também insegurança, uma vez que os profissionais muitas vezes desconhecem as normas, valores e hábitos dessas populações. Dessa forma, sugerem-se cursos e oficinas interculturais, palestras e espaços de diálogo que favoreçam a troca de experiências e o aprendizado mútuo.

Diante disso, torna-se essencial investir na formação dos profissionais de saúde, para que estejam preparados para atender grupos com diferentes idiomas e culturas, suprimindo suas necessidades de forma integral. Embora esse processo exija tempo, é urgente pensar em estratégias de comunicação que ultrapassem a linguagem verbal. A tradução é importante, mas insuficiente: o cuidado exige que o profissional desenvolva competências de comunicação intercultural, como reconhecer sua própria cultura, demonstrar interesse pela do outro, dialogar considerando gestos, entonações e rituais, evitar julgamentos e preconceitos, e aprender a interpretar as mensagens não verbais com sensibilidade e respeito (Delamuta *et al.*, 2020).

As intensas migrações globais evidenciam a necessidade de fortalecer a competência cultural no processo de cuidado. Para isso, é indispensável estimular nos profissionais a escuta atenta e a compreensão do contexto sociocultural e histórico de cada pessoa atendida. As equipes de saúde devem priorizar uma escuta acolhedora, construir um diálogo empático, preferencialmente com alguma habilidade linguística e conquistar a confiança dos usuários. A bagagem social e cultural de cada indivíduo

deve ser valorizada e considerada como eixo central das práticas de cuidado, especialmente nos serviços de atenção primária à saúde (Delamuta *et al.*, 2020).

Já a subcategoria humanização amplia a reflexão, destacando que o acolhimento de refugiados e migrantes exige mais do que habilidades clínicas, uma vez que requer uma postura ética e compassiva. As falas apontam que a humanização é uma via de acesso à compreensão intercultural, pois o cuidado só é efetivo quando o paciente se sente ouvido, respeitado e reconhecido em sua singularidade. O desejo de “ter mais tempo para conversar” e “olhar o interior da pessoa” demonstra que, para os profissionais, o contato humano é um instrumento poderoso para superar barreiras linguísticas e culturais. Assim, a humanização se consolida como estratégia complementar à capacitação formal, reafirmando o valor da escuta, do diálogo e da sensibilidade como fundamentos da prática em saúde.

Dessa forma, ao refletirmos sobre o atendimento humanizado, é possível identificar múltiplos fatores que influenciam sua ausência desde a formação dos profissionais e a organização dos serviços de saúde até a violação dos direitos dos pacientes, especialmente no que diz respeito à autonomia e ao consentimento. Nesse sentido, a humanização implica o comprometimento do profissional com um cuidado que valorize a interação e a singularidade de cada usuário. Trata-se de deslocar o foco da doença para a pessoa, reconhecendo sua vulnerabilidade, mas também respeitando sua capacidade de decisão e de condução da própria vida (Juca *et al.*, 2022).

Neste contexto sentido, a formação cultural e a humanização se entrelaçam: enquanto a primeira amplia o repertório de conhecimentos, a segunda reforça a dimensão ética e afetiva do cuidado. Investir em sensibilização cultural e em estratégias de humanização não apenas melhora a comunicação e o atendimento, mas também fortalece o papel das instituições como espaços de acolhimento, respeito e promoção da dignidade humana.

4.6. A opinião de profissionais da saúde sobre a acolhida de refugiados e migrantes no solo brasileiro.

Depoimento relacionados a pergunta: Qual a sua opinião sobre a acolhida dos refugiados e migrantes no solo brasileiro?

Em contexto da perspectiva dos profissionais sobre a acolhida de migrantes e refugiados no Brasil houve a caracterização de três categorias: Percepção do acolhimento, Aspectos institucionais e estruturais e Paradoxo (Quadro 5).

Quadro 5 – Pergunta 05: Categorias e Subtemas.

Categorias	Subtemas
Percepção do acolhimento	Acolhimento positivo Acolhimento condicionado ou limitado
Aspectos institucionais e estruturais	Políticas públicas Limitações de infraestrutura
Paradoxo	Humanismo e empatia individual Limites culturais e sociais percebidos

Fonte: Autores

As falas dos profissionais de saúde revelaram uma percepção multifacetada sobre o acolhimento de refugiados e migrantes no contexto brasileiro, marcada por sentimentos de empatia, solidariedade e senso humanitário, mas também por críticas quanto às limitações estruturais e à superficialidade de certas práticas de acolhida. Assim, houve a definição de dois subtemas que expressam essa ambivalência: acolhimento positivo e acolhimento condicionado ou limitado.

Na subcategoria acolhimento positivo, as falas demonstram uma visão predominantemente favorável à presença de refugiados e migrantes no país, fundamentada em valores de empatia, igualdade e respeito à dignidade humana. A maioria dos profissionais enfatizaram o caráter solidário e hospitaleiro do povo brasileiro, reconhecendo o acolhimento como um dever ético e moral, além de um reflexo da própria identidade cultural do país, marcada pela miscigenação e pela diversidade.

Essa percepção associa o ato de acolher à prática do cuidado e da alteridade, reforçando um sentimento de compaixão e humanidade diante das vulnerabilidades vividas pelos migrantes. Até mesmo questões de ordem religioso foram salientadas como embasamento para sustentar a ideia positiva de acolhimento.

Essa visão dialoga com o estudo de Moura *et al.* (2023), que investigou as condições de saúde, insegurança alimentar e desigualdades sociais enfrentadas por migrantes e refugiados no Brasil durante a pandemia de COVID-19. Embora o estudo destaque as adversidades estruturais que afetam essas populações, evidencia também o papel central da empatia e da solidariedade dos profissionais de saúde como mediadores do cuidado. Os autores argumentam que, mesmo diante de um cenário de precariedade e políticas públicas frágeis, muitos trabalhadores da saúde percebem o acolhimento como um gesto ético e humanitário, ainda que sua efetividade dependa de fatores externos e estruturais (Moura *et al.*, 2023).

Contudo, a subcategoria acolhimento condicionado ou limitado traz à tona uma visão mais crítica e menos utópica do cenário. Os profissionais mencionam limitações estruturais como a falta de políticas públicas eficazes, recursos escassos e ausência de suporte governamental para que a acolhida de refugiados e migrantes seja plenamente efetivada.

Além disso, emergem percepções sobre a existência de acolhimento seletivo, condicionado a estereótipos. Diante das falas observa-se que alguns relatos mesmo que não explícitos são permeados por julgamentos velados ou por desconfianças em relação ao “outro”, o que evidencia contradições entre o ideal de hospitalidade brasileira e o comportamento social cotidiano.

Alguns participantes reconhecem que, embora o país tenha uma tradição discursiva de abertura e receptividade, a realidade prática ainda é marcada por desigualdades, burocracia e preconceitos sutis. Dessa forma, o acolhimento se mostra parcial, dependente tanto da iniciativa individual da população quanto da capacidade institucional de garantir condições adequadas de atendimento.

Essas limitações também são observadas no estudo de Serrano e Martin (2021), que analisa o racismo estrutural no cuidado à saúde de imigrantes negros durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Os autores argumentam que as práticas institucionais e discursos de neutralidade frequentemente mascaram desigualdades raciais e sociais profundas, evidenciando que o acolhimento e o acesso à saúde são atravessados por relações de poder e exclusão. Nesse sentido, o acolhimento se

mostra condicionado por fatores sociopolíticos, econômicos e raciais, revelando que a hospitalidade discursiva muitas vezes não se concretiza na prática cotidiana dos serviços de saúde (Serrano; Martin, 2021).

Por outra perspectiva, os profissionais de saúde sobre o acolhimento de refugiados e migrantes no Brasil também evidenciam a tensão entre os princípios de hospitalidade e as limitações concretas do sistema de saúde e das políticas públicas, com ênfase em dois aspectos principais: políticas públicas e limitações de infraestrutura.

Na subcategoria política públicas, os profissionais reconhecem a importância de uma abordagem organizada e estruturada para receber os refugiados. Destacam que, embora haja intenções humanitárias e princípios legais de acolhimento, ainda faltam políticas claras que integrem saúde, educação, emprego e inclusão social. Comentários refletem sobre a ausência de programas governamentais mais claros e efetivos indicando uma lacuna entre a retórica de acolhimento e a implementação de estratégias efetivas.

Essa lacuna encontra respaldo no estudo de Nogueira *et al.* (2023), que ao revisar a literatura sobre acesso à saúde de refugiados no Brasil identifica que, apesar da universalidade formal garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), persistem desafios estruturais, administrativos e políticos que impedem a plena efetivação das políticas de acolhimento.

Além disso, há reconhecimento da necessidade de instrução e integração cultural, como ensino de idioma e comunicação com a comunidade receptora reforçando a importância de políticas públicas que transcendam o atendimento médico, englobando a inclusão social completa do migrante.

Em contexto da legislação, há a Lei de Migração, Lei nº 13.445/2017 que estabelece claramente os princípios e garantias do Estado brasileiro para com essas pessoas, incluindo explicitamente o direito ao acesso aos serviços de saúde. (Brasil, 2017). Apesar de também se beneficiarem dos direitos listados pela Lei de Migração, os refugiados e solicitantes de refúgio possuem legislação específica, a Lei nº 9.474/1997 - Lei do Refúgio, que incorpora a Convenção sobre o Estatuto dos Refugiados de 1951 e seu Protocolo de 1967. Entretanto, a Lei do Refúgio não menciona diretamente a questão da saúde do refugiado. Todavia, ao internalizar a legislação internacional, ela abarca o Artigo 23 do Estatuto do Refugiado de 1951, que estipula que os Estados contratantes darão aos refugiados o mesmo tratamento em

matéria de assistência e benefícios públicos que é dado aos seus nacionais (ACNUR, 1951; ACNUR, 1967; Brasil, 1997).

Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel extremamente importante neste cenário, pois deve estar preparado para oferecer atendimento universal e igualitário a todos que necessitam de seus serviços, incluindo refugiados e migrantes. Conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que promovam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. (Brasil, 1998).

Por outro lado, a subcategoria limitações de infraestrutura evidencia que os obstáculos práticos comprometem a capacidade de acolhimento. As falas revelam deficiências no sistema de saúde, falta de leitos, recursos insuficientes e sobrecarga de profissionais, refletindo a dificuldade de atender à demanda crescente de refugiados e migrantes. De acordo com os profissionais, isso faz com que o acolhimento depende muitas vezes da improvisação e do esforço individual dos profissionais, em vez de um suporte institucional robusto e consistente.

Com isso, a análise revela que o acolhimento de refugiados e migrantes no Brasil é marcado pelo embate entre intenções humanitárias e limitações concretas. A estrutura legal e os princípios de hospitalidade existem, mas a falta de políticas públicas articuladas e a insuficiência de infraestrutura transformam o acolhimento em um processo parcial e condicionado.

Essa constatação é respaldada por estudo recente Martin *et al* (2022), que analisou o acesso de migrantes internacionais aos serviços de saúde em São Paulo durante a pandemia de Covid-19, evidenciando que, embora a legislação brasileira garanta o direito universal à saúde, a realidade é marcada por desigualdades estruturais, precariedade de recursos e barreiras culturais e linguísticas que dificultam o atendimento adequado. Os autores enfatizam que tais limitações não se restringem a falhas administrativas, mas refletem desigualdades sociais e políticas históricas que reproduzem exclusões dentro do próprio sistema de saúde.

Por fim, parte relevante dos participantes lançou luz a temáticas mais complexas e de menos senso comum no que tange a acolhida de refugiados, por revelar um embate entre o humanismo e a empatia individual e os limites culturais e sociais percebidos, que se manifestam como preconceito velado e estigmatização.

Na subcategoria humanismo e empatia individual, os profissionais destacam o esforço pessoal para garantir que os refugiados sejam recebidos com dignidade, respeito e cuidado. Muitas falas expressam solidariedade genuína e reconhecimento da humanidade compartilhada. Esses relatos apontam para uma ética de cuidado baseada na empatia, que busca transcender barreiras culturais, linguísticas e sociais. Além disso, a valorização do acolhimento como experiência de crescimento tanto para os profissionais quanto para os migrantes demonstra a percepção de que a solidariedade e o humanismo fortalecem relações interculturais e promovem aprendizagem mútua.

Essa percepção encontra eco no estudo de Martuscelli (2022), que analisou experiências de refugiados no Brasil durante a pandemia de COVID-19 e destacou que, apesar das vulnerabilidades, muitos migrantes desenvolveram práticas de solidariedade e redes de apoio mútuo, reafirmando o potencial do acolhimento enquanto valor ético e social. Do mesmo modo, Morcerf *et al.* (2024) apontam que a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em contextos de vulnerabilidade exige um olhar humanizado e centrado na pessoa, especialmente quando se trata de populações migrantes e refugiadas, pois o vínculo e o cuidado integral são fundamentais para superar barreiras culturais e fortalecer a empatia no processo de acolhida.

Contudo, a subcategoria limites culturais e sociais percebidos evidencia que o humanismo individual nem sempre encontra respaldo em estruturas sociais e institucionais. Os profissionais relatam barreiras práticas e subjetivas, como resistência, preconceito velado, julgamentos e falhas governamentais. Esses relatos indicam que, apesar do esforço humanista de muitos profissionais, fatores socioculturais e limitações institucionais podem restringir o acolhimento efetivo, gerando um acolhimento condicionado e desigual.

Essa constatação é corroborada por diversos estudos recentes. Nogueira *et al.* (2023) identificam que, embora o Brasil possua políticas formais de acesso à saúde para migrantes, a realidade cotidiana dos serviços é marcada por barreiras burocráticas, discriminação e insuficiência estrutural. De maneira semelhante, Branco e Branco (2024) argumentam que o direito à saúde de refugiados e migrantes indocumentados é frequentemente violado, não por ausência de legislação, mas pela falta de efetividade institucional e pelo racismo estrutural que atravessa as práticas de cuidado. Ademais Pinto *et al.* (2024) analisam como os níveis de confiança social e o

aumento de discursos xenofóbicos influenciam atitudes negativas em relação aos migrantes, mostrando que o acolhimento no Brasil ainda depende fortemente de fatores políticos e culturais, e não apenas da boa vontade individual dos profissionais e da população.

Sob uma ótica mais ampla, o cenário mencionado reflete fortemente a influência da constituição socio-histórica do Brasil e de marcadores sociais, como a questão racial, elementos essenciais para compreender as desigualdades existentes e os percalços à plena efetivação da cidadania. Nesse contexto, as interações estabelecidas com pessoas migrantes também são condicionadas por esses marcadores, já que, mesmo de modo silencioso, a xenofobia racializada reproduz dinâmicas presentes desde o período colonial, delimitando quais grupos são bem recebidos no país (Guerra, 2024).

Por fim, a discussão evidencia que, no Brasil, o acolhimento de refugiados e migrantes é caracterizado por um compromisso ético e humanista individual, permeado por empatia e solidariedade, mas simultaneamente limitado por estruturas histórico-sociais, preconceitos e insuficiências institucionais. Para que a hospitalidade seja plena, torna-se necessário articular valores culturais positivos com políticas públicas robustas, educação intercultural e mecanismos de suporte que sustentem o esforço humanista dos profissionais de saúde.

5. CONCLUSÃO:

O estudo evidenciou que as experiências dos profissionais de saúde na assistência a refugiados e migrantes em Sorocaba/SP são marcadas por desafios significativos, sobretudo relacionados às barreiras comunicacionais, às diferenças culturais e à ausência de preparo profissional. Ademais, a dificuldade de compreensão mútua, o choque cultural e os papéis de gênero revelam limitações na comunicação e na compreensão das especificidades dessa população, comprometendo a integralidade e a humanização do cuidado. Por outro lado, a adoção de estratégias adaptativas como o uso de tecnologias, o trabalho colaborativo e o aprendizado autônomo demonstram o empenho dos profissionais em superar as adversidades e promover o acolhimento.

Outrossim, no que tange as experiências emocionais dos profissionais de saúde na assistência a refugiados e migrantes revelou-se um conjunto de sentimentos complexos que transitam entre o despreparo, a ambivalência e o aprendizado. De modo geral, o sentimento de insegurança e impotência é predominante, refletindo tanto lacunas na formação técnica e comunicacional quanto a ausência de suporte institucional adequado. Ao mesmo tempo, estão presentes vivências ambíguas e afetivas, nas quais o acolhimento se mistura à frustração diante das barreiras estruturais e culturais. No entanto, esse cenário também se configura como espaço de crescimento, em que os profissionais desenvolvem empatia, resiliência e gratificação pessoal ao reconhecerem o impacto positivo de suas ações no cuidado.

Os depoimentos também mostram que os profissionais de saúde percebem o atendimento a refugiados e migrantes de forma variada, entre satisfatório, insuficiente e incerto. Assim, apesar das barreiras linguísticas e da falta de suporte, os profissionais demonstram empenho, sensibilidade e uso de estratégias alternativas para garantir o cuidado. Todavia, reconhecem que a ausência de tradutores, protocolos específicos e recursos adequados compromete a integralidade do atendimento.

Entre as sugestões de melhoria da assistência a refugiados e migrantes, os profissionais evidenciaram a necessidade de avanços em três aspectos principais: comunicação, estrutura institucional e capacitação cultural. Destaca-se a importância do aprendizado básico de idiomas e do uso de recursos multilíngues, da presença de tradutores e do fortalecimento das instituições com políticas inclusivas. Além disso, investir em formação intercultural e em práticas humanizadas é essencial para garantir um cuidado mais sensível, ético e eficaz. Assim, o aprimoramento da comunicação, da estrutura e da empatia é fundamental para um atendimento realmente integral e acolhedor.

Por fim, no que engloba o acolhimento de refugiados e migrantes no Brasil, embora permeado por gestos de empatia e solidariedade dos profissionais de saúde, é atravessado por contradições profundas entre o discurso humanitário e a prática institucional. Desse modo, o compromisso ético individual contrasta com a precariedade estrutural, a ausência de políticas públicas efetivas e a persistência de barreiras culturais, linguísticas e sociais que limitam o acesso e a inclusão. Assim, o ideal de hospitalidade brasileira, frequentemente exaltado, mostra-se frágil diante da

realidade de um sistema que ainda reproduz desigualdades, burocracias e preconceitos velados e estruturais.

Portanto, para além de um gesto de iniciativa pessoal, o acolhimento exige uma análise reflexiva das dinâmicas institucionais e das diretrizes governamentais, requerendo medidas sólidas e interculturais que enfrentem as causas da exclusão e favoreçam uma inclusão genuinamente justa e humanizada.

REFERÊNCIAS

- Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. ACNUR. **“Refugiados” ou “Migrantes”? Como as escolhas de palavras afetam direitos e vidas.**, 2023. Disponível em:
- Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. ACNUR. **Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados**, 1951. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/convencao-de-1951/> Acesso em: 29 mar. 2024.
- Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. ACNUR. **Protocolo Relativo ao Estatuto dos Refugiados**, 1967. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Protocolo_de_1967_Relativo_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf Acesso em: 29 mar. 2024.
- ALVIM, H. D. D. *et al.* Enfrentamento de HIV/aids e sífilis em mulheres venezuelanas migrantes na perspectiva de gestores de saúde no Norte do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 47, 2023. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/physis/a/wwSC9nmy7NJQvyGgR65Bf8r/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2023.v47/e83/pt . Acesso em: 5 nov. 2025.</p>
<p>BARBOSA, Loeste de Arruda <i>et al.</i> Migrantes venezuelanos e direito à saúde: percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 34, e34036, 2024. Disponível em: <a href=) Acesso em: 19 out. 2025.
- BARBOSA, Loeste de Arruda *et al.* Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e2020190730, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2020.v29n2/e190730/> Acesso em: 19 out. 2025.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRANCO, Pedro Henrique de Moura Gonet; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. A Proteção do Direito à Saúde de Refugiados e Indocumentados: desafios no contexto brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 13, n. 4, p. 1-27, 2024. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1294/1572> Acesso em: 11 out. 2025.

BRANDT, Grazielle Betina *et al.* *Política pública para imigrantes: os desafios no acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) em Lajeado/RS*. **Revista do Desenvolvimento Regional**, v. 27, 2022.

<https://www.redalyc.org/journal/5520/552074887034/html/> Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 2016. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 1 maio 2024.

BRASIL. **Lei n. 13.445 de 24 de maio de 2017**. Lei de Migração. [Internet]. Brasil; 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm Acesso em: 1 maio 2024.

BRASIL. **Lei n. 9.474, de 22 de julho de 1997**. Lei do Refúgio. [Internet]. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9474.htm Acesso em: 1 maio 2024.

BUZZERIO, Lorena Franco *et al.* Interação entre profissionais da saúde e migrantes internacionais: percepções do atendimento em unidade de emergência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 29, e20240076, 2025. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1615159> Acesso em: 1 nov. 2025.

CAMPOS, Ariane Graças de *et al.* Cuidados de Enfermagem a pessoas migrantes: encontros interculturais em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 4, e20210740, 2022. Disponível em:

https://scholar.archive.org/work/vpqrgyojxvew5jvdx3s4hxutwi/access/wayback/https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/04/e11-vulneraveis_vol-I-cap8.pdf . Acesso em: 1 nov. 2025.

CARPENTIERI, Isabella Martins. Entre o encontro, a escuta e a tradução: o cuidado em saúde promovido pelo Programa de Mediadores Interculturais. 2025. Dissertação (Mestrado) – **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2025.

Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/290654> Acesso em: 20 out. 2025.

CARVALHO, Ana Clara Borges *et al.* Experiências vivenciadas em atendimentos de medicina e enfermagem do SUS: reflexões sobre acesso e atenção à saúde de migrantes internacionais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5984-e5984, 2021. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5984> Acesso em: 01 nov. 2025.

CHAVES, Monalisa Rocha de Campos *et al.* Gênero e vulnerabilidade entre mulheres migrantes em tempos de pandemia. **Saúde Coletiva**, v. 15, n. 92, 2025. Disponível em:

<https://revistasau decoletiva.com.br/index.php/sau decoletiva/article/view/3262>. Acesso em: 19 out. 2025.

COLODETTI, Paula; ORTEGA, Francisco. “Não tem vaga, só se conhecer alguém”: percepção do acesso à saúde por mulheres congolesas residentes no Rio de

Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 10, e00188924, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2025.v41n10/e00196524/> Acesso em: 01 nov. 2025.

CURSINO, Carla Alessandra. Discussões sobre formação de professoras/professores de PLAc em ações de voluntariado. **Revista X** – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 64-90, 2023. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revistax/article/download/88061/49190> . Acesso em: 18 out. 2025.

DELAMUTA, Karly Garcia *et al.* Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00087019, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n8/e00087019/pt/> Disponível em: 5 nov. 2025.

FERRAZ, Lucimare; ARUDA, Odair Bonacina. Percepções de imigrantes sobre o SUS durante a pandemia de Covid-19 em Chapecó: Desafios e resiliência. **Revista Grifos**, Chapecó, v. 35, n. 63, p. 1-16, 2025. Disponível em: <https://pegasus.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos/article/view/8313> Acesso em: 01 nov. 2025.

FILLER, T. *et al.* Barriers to health care for undocumented immigrants: a systematic review. **BMC Public Health**, Londres, v. 20, n. 697, p. 1–15, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/RMHP.S70173> .Acesso em: 27 out. 2025.

FORTKAMP, Elisangela Romancini *et al.* Percepções dos enfermeiros no atendimento aos imigrantes na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], v. 25, n. 5, e18813, 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/18813> Acesso em: 27 out. 2025.

GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto *et al.* Competência cultural para trabalhar com mulheres refugiadas em situação de violência: reflexão teórica para o cuidado. **Texto & Contexto–Enfermagem**, Florianópolis, v. 33, e20240019, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/vxp5y3whHd48dyvztB3Lpr/?lang=pt> . Acesso em: 22 out. 2025.

GUERRA, Simone Zanatta. Migração e direitos: pistas sobre racismo e xenofobia a partir da formação sócio-histórica do Brasil. **Anais da PUCRS**, 2024. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/anais/1422/assets/edicoes/2024/arquivos/25.pdf> Acesso em: 22 out. 2025.

JUCÁ, Bruna *et al.* A humanização no atendimento a refugiados em região de fronteira: scoping review. In: SANTANA, S. C. C. (org.). **Ciências da Saúde: desafios e potencialidades em pesquisa**. João Pessoa, PB: Amplla, 2022. v. 1, p. 17-26. Disponível em:

<https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/221010397.pdf> . Acesso em: 9 nov. 2025.

KAUFMANN, Luana Cristina. *Itinerário terapêutico de mulheres migrantes com câncer de colo uterino em um município de fronteira*. 2024. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – **Universidade Estadual do Oeste do Paraná**, Foz do Iguaçu, 2024. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/6668>. Acesso em: 27 out. 2025.

KINASZ, R. *et al.* Imigração de haitianos: enfoque na comunicação em saúde. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 24, e393, 2023. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/893> Acesso em: 29 out. 2025.

KUKUL, Ivandro Marcelo *et al.* *Acolhimento aos imigrantes haitianos nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Medianeira/PR à luz da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS*. 2025. 160 f. Tese (Doutorado em Sociedade, Cultura e Fronteiras) – **Universidade Estadual do Oeste do Paraná**, Centro de Educação e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras, Foz do Iguaçu, 2025. Orientadora: Dra. Eliane Pinto de Góes. Disponível em <https://tede.unioeste.br/handle/tede/7982> Acesso em 2 nov. 2025.

LOPES, Júlia de Souza *et al.* O acolhimento a imigrantes na perspectiva de agentes comunitárias de saúde em Florianópolis. 2021. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/229275> . Acesso em: 2 nov. 2025.

MAIA, Ana Carolina; AZIZE, Rogerio Lopes. Saúde nas margens: dilemas da territorialidade da Atenção Primária em Saúde no cuidado aos refugiados no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1789-1797, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/F7SjLgWyhgJxXVbs67CQbxt/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 fev. 2025.

MARÇAL, Guilherme *et al.* Políticas públicas e acesso à saúde de migrantes e refugiados durante a pandemia da Covid-19: perspectiva global comparada. **REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, v. 32, n. 66, p. 29-48, 2024. Disponível em <https://www.scielo.br/j/remhu/a/6QZtXXTW3QJjqhsT5tcXM7L/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 12 out. 2025.

MARTIN, Denise. Atenção em saúde para migrantes internacionais em São Paulo, Brasil: Acesso e universalidade no contexto da pandemia de Covid-19. **Revista del CESLA. International Latin American Studies Review**, Varsóvia, n. 29, p. 49-68, 2022. Disponível em: <https://www.revistadelcesla.com/index.php/revistadelcesla/article/view/769> . Acesso em: 27 out. 2025.

MARTUSCELLI, Paola Novaes. Solidarity in the Time of COVID-19: Refugee Experiences in Brazil. **Refuge: Canada's Journal on Refugees**, Toronto, v. 38, n. 1,

p. 32–45, 2022. Disponível em: <https://www.erudit.org/en/journals/refuge/2022-v38-n1-refuge07186/1091342ar/abstract/> Acesso em: 22 out. 2025.

MOLINARI, Daniela Da Rosa; TURATTI, Luciana; CARRENO, Ioná. A política pública de saúde e os migrantes: desafios da educação em saúde. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 29, n. 2, p. 207-228, 2021. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S1982-99492021000200207&script=sci_arttext Acesso em: 20 out. 2025.

MORCERF, Cely Carlyne Pontes *et al.* Medicina de Família e Comunidade e desafios no cuidado integral de populações migrantes: Um olhar para refugiados no contexto de populações vulnerabilizadas. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 13, n. 12, e23131247551, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i12.47551. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/47551> . Acesso em: 1 nov. 2025.

MORENO, Valeria Maria Sol Correa. A influência da barreira linguística no acesso e na qualidade do atendimento em saúde na atenção primária em Foz do Iguaçu, cidade de tríplice fronteira. 2025. 22 f. Dissertação (Bacharel em Medicina) – a **Universidade Federal da Integração Latina Americana**, Foz do Iguaçu, 2025. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/items/15a33374-3eee-4a85-ba49-0095a79ec524> Acesso em: 30 out. 2025.

MOURA, H. S. D. *et al.* Health condition, income loss, food insecurity and other social inequities among migrants and refugees during the COVID-19 pandemic in Brazil. **BMC Public Health**, Londres, v. 23, art. 1728, 2023. DOI: 10.1186/s12889-023-16620-9. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-023-16620-9> Acesso em: 19 out. 2025.

NOGUEIRA, D. A. *et al.* Panorama do acesso de refugiados à saúde no Brasil: Revisão de literatura. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 12, n. 3, e44169, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44169> Acesso em: 4 nov. 2025.

OLIVEIRA, Jonas Sâmí Albuquerque de *et al.* Refugiados e o acesso ao emprego no Brasil: implicações na saúde e sociabilidade. **Rev Esc Enferm USP**, [s. l.], v. 57, 2023. DOI . <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0029en>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/zcLKcdLGmzn4JsPbdYHm5BG/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 20 fev. 2025.

PINTO, Milena Sousa *et al.* Cenário de violência e a saúde de imigrantes venezuelanos: revisão de escopo. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 01-16, May/Jun. 2025. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/80611/55444> Acesso em: 05 out. 2025.

RODRIGUES, Karen Priscila. Desafios no acesso e serviços prestados à imigrantes na Atenção Primária em Saúde (APS) de Lajeado/RS. 2022. 137 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul,

Santa Cruz do Sul, 2022. Disponível em:
<https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/3455> . Acesso em: 20 out. 2025.

SALES, Gabriel de Sousa. Migração, Saúde e Assistência Social: O Atendimento dos profissionais do sistema único de saúde no Brasil aos refugiados. **RELAEC**, [s. l.], v. 03, n. 4, p. 1-20, 2022. Disponível em:
<https://periodicos.ufes.br/ipa/article/view/37568/25451> . Acesso em: 20 fev. 2025.

SANTOS, Isis Rayane da Silva *et al.* Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a condição de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. **Revista Observatorio De La Economia Latinoamericana**, Curitiba, v. 21, n. 11, p. 18675-18694, 2023. Disponível em:
<https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/1983> . . Acesso em: 1 nov. 2025.

SERRANO, S.; MARTIN, D. Structural racism in health care for black immigrants during the COVID-19 pandemic in Brazil. **New Trends in Qualitative Research**, Lisboa, v. 8, n. 3, p. 574-586, 2021. Disponível em:
<https://www.publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/969> . Acesso em: 18 out 2025.

SILVA, Flaviane Andreele Jacinto da. Atenção à saúde do imigrante negro durante a pandemia da Covid-19. 2021. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, **Universidade Federal do Paraná**, Curitiba, 2021. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en,au:%22Martins%20Neto,%20Viviana%22/biblio-1354987> . Acesso em: 1 nov. 2025.

SOUSA, Rayane Sobrinho de. PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS EM MANAUS E BOA VISTA. 2025. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, **Universidade Federal do Maranhão**, São Luís, 2025. Disponível em:
<https://tede2.ufma.br/jspui/handle/tede/6150> Acesso em: 25 out. 2025

ZANATTA, Elisangela Argenta *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura à criança haitiana: dificuldades e possibilidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, e35639, 2020. Disponível em:
https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A5%3A14102533/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A179447071&crl=c&link_origin=scholar.google.com . . Acesso em: 1 nov. 2025.

APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Dados sociodemográficos e profissionais

- a) Data de realização da pesquisa:
- b) Identificação:
- c) Sexo:
- d) Idade:
- e) Instituição de saúde em que trabalha:
- f) Profissão:
- g) Especialização:
- h) Tempo de formação:
- i) Tempo de atuação:

2. Percepções dos profissionais sobre a assistência à saúde de refugiados e migrantes.

- 1. Conte-me como foi/é a sua experiência na assistência de um cliente refugiado ou migrante.
- 2. Como se sentiu atendendo um cliente refugiado ou migrante?
- 3. Explique por que acha que atendeu ou não atendeu as necessidades dos pacientes?
- 4. Dê algumas sugestões que poderiam te auxiliar no atendimento à saúde a refugiados e migrantes e para que as necessidades desse grupo sejam plenamente atendidas.
- 5. Qual a sua opinião sobre a acolhida dos refugiados e migrantes no solo brasileiro?

APÊNDICE 02: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012/Resolução 510/2016)

Título do Projeto de Pesquisa: EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A REFUGIADOS E MIGRANTES EM SOROCABA/SP: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA

Este é um documento em duas vias, uma pertence a você e a outra deve ficar arquivada com o pesquisador.

Local onde será realizada a pesquisa: Hospital Santa Lucinda e Unidade de Saúde da Família Cajuru do Sul – Sorocaba/SP

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito a você porque o profissional da saúde que oferece assistência aos migrantes e refugiados na cidade de Sorocaba.

Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda por que esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Dra. Dirce Setsuko Tacahashi, no celular (15) 99786-0087 e e-mail dtacahashi@pucsp.br e estudantes: Eduardo Augusto Vieira de Souza – cel.15- 996869308 e Paula Mayumi Kakiara Gemignani cel. 15- 997591487.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas

sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciência Médicas e da Saúde – localizado na Rua Joubert Wey, 290 – Vergueiro Sorocaba- SP – CEP 18030-070, sala 506, 5º andar do Prédio da Faculdade de Medicina. Contato (15) 3212-9896 – e-mail : cepfcms@pucsp.br, de segunda-feira a sexta-feira no horário das 8hs às 16hs.

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado). Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pelo pesquisador responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

Justificativa para realização da pesquisa: A importância de investigar a temática da assistência à saúde de migrante e refugiados é reconhecida tanto em âmbito científico quanto na esfera social, em vista da persistente dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde e pelos sistemas de saúde em fornecer atendimento adequado a esse grupo populacional no Brasil. Apesar das contínuas mudanças sociais e políticas ao longo do tempo, a vulnerabilidade desses indivíduos permanece um desafio para a saúde pública no país.

Nesse contexto, este estudo visa investigar as vivências dos profissionais da saúde no atendimento a migrantes e refugiados ao reconhecer a ausência de pesquisas aprofundadas sobre essa realidade. A relevância dessa temática está no entendimento das barreiras e desafios enfrentados pelos profissionais no atendimento a essas populações, a partir da compreensão de saúde como um direito e que assegurar o acesso de qualidade a migrantes e refugiados é passo importante para a inclusão social e promoção da qualidade de vida.

Objetivos da pesquisa: Investigar as experiências de profissionais da saúde que atuam em hospital e em unidade de saúde da família no município de Sorocaba/SP em relação a assistência prestada a migrantes e refugiados.

População da pesquisa: A pesquisa envolverá profissionais da saúde do HSL e da USF Cajuru do Sul independente do turno de trabalho. Entre os profissionais multidisciplinares entrevistados estarão médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, odontologistas, cirurgiões dentistas e auxiliares de odontologia. Serão incluídos profissionais residentes de enfermagem e medicina. No contexto da Unidade de Saúde da Famílias, os agentes comunitários de saúde também serão entrevistados.

Procedimentos aos quais será submetido(a): Os entrevistados serão convidados a participar da pesquisa e informados da necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Instrumento de Coleta de Dados (ICD) será composto por duas partes: Dados sociodemográficos (inferir sobre as características da população estudada por meio do sexo, idade, instituição de saúde em que trabalha, profissão, especialização, tempo de formação e tempo de atuação). Percepções dos profissionais sobre a assistência à saúde de migrantes e refugiados (investigar o histórico, as experiências e as sugestões). A entrevista será gravada para posterior transcrição.

Riscos em participar da pesquisa: Os participantes poderão sentir-se cansados ou com receio em responder as perguntas dos entrevistadores. Ademais a entrevista poderá interferir na rotina dos profissionais que não realizarão o que estava determinado enquanto estiverem sendo entrevistados.

Benefícios em participar da pesquisa: Os resultados desta pesquisa poderão beneficiar a atuação dos profissionais da saúde na assistência a refugiados e migrantes ao identificar as experiências e sugestões de melhorias.

Forma tratamento dos dados: Os pesquisadores se comprometem a tratar os dados coletados de forma anonimizada, com privacidade e confidencialidade. Solicitamos sua autorização para que a entrevista seja gravada, porém o áudio será ouvido apenas pelos pesquisadores e não será divulgado.

Você tem direito, caso solicite, aos resultados parciais ou finais da pesquisa. A participação na pesquisa não envolve custos, tampouco compensações financeiras. Não haverá nenhum tipo de prejuízo a você caso se oponha a participar da entrevista, ou desista da participação nesta pesquisa em qualquer momento.

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li ou foram lidos para mim, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome _____ do(a) _____
participante: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Declaração do pesquisador

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

Nome _____ do _____ Pesquisador:

Assinatura: _____ Local/data: _____

Via pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012/Resolução 510/2016)

Título do Projeto de Pesquisa: EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A REFUGIADOS E MIGRANTES EM SOROCABA/SP: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA

Este é um documento em duas vias, uma pertence a você e a outra deve ficar arquivada com o pesquisador.

Local onde será realizada a pesquisa: Hospital Santa Lucinda e Unidade de Saúde da Família Cajuru do Sul – Sorocaba/SP

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito a você porque o profissional da saúde que oferece assistência aos migrantes e refugiados na cidade de Sorocaba.

Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda por que esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Dra. Dirce Setsuko Tacahashi, no celular (15) 99786-0087 e e-mail dtacahashi@pucsp.br e estudantes: Eduardo Augusto Vieira de Souza – cel.15- 996869308 e Paula Mayumi Kakiara Gemignani cel. 15- 997591487.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas

sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciência Médicas e da Saúde – localizado na Rua Joubert Wey, 290 – Vergueiro Sorocaba- SP – CEP 18030-070, sala 506, 5º andar do Prédio da Faculdade de Medicina. Contato (15) 3212-9896 – e-mail : cepfcms@pucsp.br, de segunda-feira a sexta-feira no horário das 8hs às 16hs.

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado). Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pelo pesquisador responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

Justificativa

para realização da pesquisa: A importância de investigar a temática da assistência à saúde de migrante e refugiados é reconhecida tanto em âmbito científico quanto na esfera social, em vista da persistente dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde e pelos sistemas de saúde em fornecer atendimento adequado a esse grupo populacional no Brasil. Apesar das contínuas mudanças sociais e políticas ao longo do tempo, a vulnerabilidade desses indivíduos permanece um desafio para a saúde pública no país.

Nesse contexto, este estudo visa investigar as vivências dos profissionais da saúde no atendimento a migrantes e refugiados ao reconhecer a ausência de pesquisas aprofundadas sobre essa realidade. A relevância dessa temática está no entendimento das barreiras e desafios enfrentados pelos profissionais no atendimento a essas populações, a partir da compreensão de saúde como um direito e que

assegurar o acesso de qualidade a migrantes e refugiados é passo importante para a inclusão social e promoção da qualidade de vida.

Objetivos da pesquisa:

Investigar as experiências de profissionais da saúde que atuam em hospital e em unidade de saúde da família no município de Sorocaba/SP em relação a assistência prestada a migrantes e refugiados.

População da pesquisa:

A pesquisa envolverá profissionais da saúde do HSL e da USF Cajuru do Sul independente do turno de trabalho. Entre os profissionais multidisciplinares entrevistados estarão médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, odontologistas, cirurgiões dentistas e auxiliares de odontologia. Serão incluídos profissionais residentes de enfermagem e medicina. No contexto da Unidade de Saúde da Famílias, os agentes comunitários de saúde também serão entrevistados.

Procedimentos aos quais será submetido(a): Os entrevistados serão convidados a participar da pesquisa e informados da necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Instrumento de Coleta de Dados (ICD) será composto por duas partes: Dados sociodemográficos (inferir sobre as características da população estudada por meio do sexo, idade, instituição de saúde em que trabalha, profissão, especialização, tempo de formação e tempo de atuação). Percepções dos profissionais sobre a assistência à saúde de migrantes e refugiados (investigar o histórico, as experiências e as sugestões). A entrevista será gravada para posterior transcrição.

Riscos em participar da pesquisa: Os participantes poderão sentir-se cansados ou com receio em responder as perguntas dos entrevistadores. Ademais a entrevista poderá interferir na rotina dos profissionais que não realizarão o que estava determinado enquanto estiverem sendo entrevistados.

Benefícios em participar da pesquisa: Os resultados desta pesquisa poderão beneficiar a atuação dos profissionais da saúde na assistência a refugiados e migrantes ao identificar as experiências e sugestões de melhorias.

Forma tratamento dos dados: Os pesquisadores se comprometem a tratar os

dados coletados de forma anonimizada, com privacidade e confidencialidade. Solicitamos sua autorização para que a entrevista seja gravada, porém o áudio será ouvido apenas pelos pesquisadores e não será divulgado.

Você tem direito, caso solicite, aos resultados parciais ou finais da pesquisa. A participação na pesquisa não envolve custos, tampouco compensações financeiras. Não haverá nenhum tipo de prejuízo a você caso se oponha a participar da entrevista, ou desista da participação nesta pesquisa em qualquer momento.

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Declaração do pesquisador

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

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____ Local/data: _____

Via participante da pesquisa

APÊNDICE 03: TRANSCRIÇÕES DOS DEPOIMENTOS

Pergunta 01: Conte-me como foi/é a sua experiência na assistência de um cliente refugiado ou migrante.

Olha, começou com os haitianos, né? Principalmente por causa das gestantes que vêm. Bastante das gestantes são haitianas. E a gente percebe que a maioria delas é bem tímida, bem fechadinha. Muitas delas quase não falavam português. A gente tinha mais que recorrer mesmo para o Google Tradutor ou um pouquinho ali do inglês para conseguir comunicar com elas. Às vezes, quem falava um pouquinho mais eram os maridos, mas nem sempre. A maioria dos maridos também não conseguia falar muita coisa. Mas, mesmo com essa barreira da linguagem, a gente se entendia e conseguia tratar, ajudar, amamentar o neném, levantar ela e fazer a rotina que precisava fazer. Tinha uma outra também que era chinesa, ela e o esposo eram chineses. E eles também não sabiam falar quase nada de português. Bem pouquinho assim. E aí a linguagem também era muito difícil, mesmo com o Google tradutor. Era bem difícil de entender. Mas também deu tudo certo na comunicação ali, nos gestos de ensinar e tudo, e das orientações que precisavam ser dadas. Agora, da mais recente que teve, que veio do Egito, eram dois muçulmanos. E aí eles ficavam em um quarto aqui, pertinho, e também era mais por Google tradutor e inglês, porque também português não sabiam falar nada. Mas também deu tudo certo, mesmo não falando português. A gente conseguiu dar todas as orientações de como cuidar do neném, de como fazer. E aí eles gostaram também bastante. Inclusive, a mulher era enfermeira lá no Egito. Foi muito legal. Mesmo com bastante dificuldade com a linguagem, porque eles não falarem português, todos eles assim, mas as orientações conseguiram ser passadas. (P01)

Eu já tive essa experiência no centro cirúrgico com haitiano. Era comum a gente receber no centro cirúrgico haitiano. E aqui embaixo a gente já teve essa experiência de receber haitiano. Foi o imigrante mais comum que eu já tive contato. E já tivemos contato também com portugueses. Mas o contato que mais me marcou foi com o haitiano. A pronúncia barra, a comunicação verbal, porque dificuldade de línguas. Eu acho que eles sofrem muito de se manifestar por causa de não entender a nossa linguagem. E aí a gente tem... já tive também no centro cirúrgico contatos com pessoas de fora, até alunos que vieram da Europa. Então, assim, como a gente não tem uma fluência em inglês muito boa, a gente apanha muito. (P02)

Ah, é que nem ela falou, o difícil é a linguagem, né? Ou conversar, ou... como que eu sei comunicar, né? A gente não sabe até onde. Porque eu coletei teste do pezinho, então eu tenho que orientar umas coisas pra ela, né? Pegar resultado. Eu não sei se ela entendeu, ela faz que sim, né? Mas eu não sei se eles entendem. Esse que é a dificuldade, é a comunicação mesmo. Nem sempre vem com um intérprete, né? Às vezes o intérprete também é da língua deles e, né? Ele nem tudo entende. (P03)

Olha, foi bem difícil, porque lá na Santa Casa a gente pega o povo de tudo quanto é jeito, né? Mas eu nunca tinha pego uma pessoa assim que era difícil a comunicação, né? Porque tudo que a gente perguntava, ele não sabia responder, ele não entendia o que a gente falava. Então, era complicada a comunicação com ele, né? Tanto que ele foi para a UTI e foi a óbito, né? Que daí não tinha família aqui, não tinha pra perguntar se entrava em cuidados coletivos, não tinha ninguém para assinar, né? Então, antes disso, a única dificuldade mesmo foi a comunicação, né? Porque o resto era a mesma coisa, né? Atender, atendimento igual, né? Da mesma forma. Da mesma forma. (P04)

É o mesmo caso do chinês. Ai, foi complicado. Assim, tinha coisas que a gente não conseguia de tentar, às vezes até por gestos. Eu não falo inglês, então tipo, se a gente falasse, talvez seria melhor. Mas tinha alguma coisa mais por gesto, algumas coisas que a gente ia explicar pra ele até antes do procedimento ou depois do implante que ele fez. Era difícil, foi bem difícil. (P05)

Para mim, assim que eu falo, a dificuldade às vezes é você entender o que eles falam. Não tem muito o que falar, né? E saber se eles estão entendendo o que a gente fala também, né? Ah, o marido estava junto e ele que traduzia, repassava para ela, entendeu? É isso só, não tem daqui a pouco. Porque o atendimento que eu tive é mais admissão, né? E admissão é rápida, né? Entendeu? É pouca, eu não tive muito atendimento, experiência com isso, não. (P06)

Então, a gente teve um atendimento aqui com um paciente que era chinês. Ele veio para um BAVT, era uma indicação de marcapasso. Foi um pouco complicado porque ele não falava nem o inglês, nem o português, só o chinês. E a gente teve um pouco de dificuldade, acionando o serviço social. O serviço social encontrou então uma amiga que morava aqui no Brasil, que ficou como tradutora dele, então ela que mediou para a gente esse atendimento. Mas foi um pouco difícil para assinar termo e tudo mais. Não foi uma experiência tão boa. (P07)

Não, como técnica de enfermagem aqui, não, ainda não. Mas antes de ser técnica de enfermagem, eu era copeira hospitalar. Daí a gente teve experiência já, já tive experiência para atender. Era refugiado, inclusive refugiado eu atendi no meu estágio lá no regional. E um estrangeiro quando eu era copeira hospitalar. Ah, foi bem legal. É assim, tem uma dificuldade com a língua, primeiro, que a gente tem dificuldade para se comunicar, mas a recepção foi bem calorosa. (P08)

Muito normal! Não teve nada, assim... (P09)

Tive contato durante a formação e, principalmente, na residência, aqui na cidade. Foi bem na época que houve aumento aqui na cidade, né? Atendi alguns pacientes estrangeiros em situações diversas, tanto em ambulatório quanto em pronto-socorro. Atualmente tenho menos contato, mas ainda atendo eventualmente, casos mais isolados, agora. Foi enriquecedora, mas ao mesmo tempo desafiadora. O maior obstáculo é a comunicação, que em alguns casos dificulta a coleta da história clínica, né? E também na hora de passar as informações, né? As orientações. Tive contato com um paciente haitiano que falava male-male o inglês, assim arranhava... com ele a comunicação fluiu melhor, porque eu tinha uma base, não falo assim... nossa, excelente. Mas ter uma base facilitou. Agora quando eles não tem nenhuma base, sem entendimento do inglês, só falam francês, ou o dialeto deles, o nativo, fica difícil.... (P10)

Estrangeiro... quando os haitianos chegaram, eles não sabiam falar português, né? A gente não entendia nada do que eles falavam. Aí vinha, tinha uma haitiana que ela vinha, buscava leite. Quem já conhecia, sabia o nome da criança. Perguntava: "Como que é o nome do seu filho?", e ela ia com o dedo e mostrava assim.... Aí - "Você vai ficar muito tempo aqui?", e ela respondia que não. Então: "Você tem que aprender a falar. Ensina a gente também". No começo ela ficava muda, não falava nada. Eu: "Ensina também, porque a gente também não sabe". E aí, com o tempo, foi aprendendo. Conseguia falar: "Ah, preciso marcar uma consulta". A gente entendia. Mas para quê? Médico? Papanicolau? O quê? Uma vez eu entendi porque ela apontou assim, lá.... Ah, "É Papanicolau que você quer?". E aí a gente foi se entendendo. No fim, ela aprendeu português e a gente foi também aprendendo a falar um pouquinho com ela. Agora, os outros que vem, eles já sabem falar, pelo menos um pouquinho de um portunhol, aí a gente entende um pouco. Mas o mais que foi difícil, no começo, foi os haitianos. (P11)

Como foi a minha experiência atendendo refugiados, migrantes? Imigrantes é meio difícil, né? Também pelo sotaque, pela língua, essa coisa toda. Refugiados, acho que a gente nunca tem nenhum aqui. Pelo menos eu nunca tenho nenhum refugiado, mas imigrantes. Estrangeiro, cubano, haitiano, esses aí a gente atende sempre. E é difícil devido à comunicação. Olha, a gente procura dar um atendimento humanizado, ou que a gente não entenda, a gente procura no Google pra gente decifrar o que eles estão falando, porque é meio complicado a linguagem, né? A comunicação. Mas acaba tudo dando certo. Que tenha marcado? Assim, uma veio passar com a médica, ela estava tentando falar com a médica porque ela achava que estava grávida, a médica não entendia, eu também fui lá e não entendi nada, até que ela começou a mostrar a barriga. A gente colocou no Google, tentou colocar o que ela estava falando, o Google deu uma coisa que nada a ver, mas aí ela começou a mostrar, começou a falar e a gente entendeu que era uma gravidez. (P12)

A gente percebe que eles estão sempre muito perdidos, né? Mas é só no começo também, depois eles vão se sentindo acolhidos e continuam passando, né? Tem venezuelano aqui... A gente teve, atendeu bastante haitiano, que vinha do Éden, mas agora eles passam para lá. Mas é tranquilo. (P13)

Olha, na minha micro-área não teve, não tem assim para atender diária, mas na Covid vinha muito essas pessoas aqui para tomar vacina e a gente tinha que fazer o cadastro. E eu tinha dificuldade de entender o que eles falavam, de entender o nome, porque eles são bem diferentes do nosso. Porém, a gente conseguia, né? Uma auxiliava a outra e conseguia fazer, a gente se desenrolava. Mesmo com dificuldade, mas dava certo. (P14)

No geral, eles são sempre muito receptivos. Na verdade, todas as pessoas respondem conforme são recepcionadas. A língua atrapalha em alguns casos, principalmente em questão dos haitianos e das mulheres. Porque, por conta de cultura deles, são mais os homens que saem e as mulheres ficam mais reclusas. Então eles têm a questão do idioma muito mais desenvolvida do que elas, por ter esse contato social maior. Então, quando elas vêm, é uma dificuldade maior pra você, porque às vezes a questão do idioma está muito primária ainda, por falta dessa prática. Mas, por exemplo, quando são pessoas de origem latina, já é o inverso. Normalmente os homens estão sempre trabalhando e as mulheres que ficam na rua com as crianças. Então, quando eles vêm até nós, o delas é muito mais desenvolvido, então a gente tem uma facilidade maior pra atender elas. Normalmente o homem quando vem ele fica de canto e elas que resolvem tudo. Então tem essa inversão, assim. Mas no geral eu procuro sempre tratar todo mundo com igualdade, assim, do mesmo modo como se fosse um brasileiro. Então nunca tive problema, assim. Eu trabalho aqui e trabalho em pronto atendimento também, fazendo hora extra.

Então lá é livre demanda. E assim, eu dou disponibilidade pra todos os PAs. Então eu rodo bastante a cidade, assim. Então em Sorocaba nunca tive problema, a cidade inteira, todos os lugares que eu fui. E mais essas questões: às vezes a documentação é diferente, que eles trazem pra gente no atendimento, então até localizar tudo gera um... a gente perde um pouco mais de tempo. Mas eu sempre procuro ser receptivo com todos e eles me tratam com o mesmo respeito, nunca tive nenhum desencontro. (P15)

Então, na época do Covid a gente recebeu muitas pessoas que vinham aqui. O Eden não estava dando a vacina do Covid, e a gente preenchia as fichas e lançava no sistema. Então a gente se sentia um pouco confusa... Depois foi pegando o jeito. Na documentação deles vem primeiro o sobrenome e depois vem o nome. Então, eu tive uma experiência na semana passada com um paraguaio. Ele até falava assim, como que fala? Quando é paraguaio... Porque tem o portunhol e tem o outro, isso. Como que é o paraguaio? A língua nativa. Tem uma língua nativa e tem a outra que já, né? Porque tá morando no Brasil, né? Então, né? Então, daí eu liguei pra ele, mandei mensagem pra avisar de uma consulta que tinha ligado o horário dele. Daí ele falou que não me atendeu porque ele não tinha eu no contato dele. Daí eu falei assim... Mas eu falei que era do posto de saúde. Mas como ele não tinha meus contatos, então ele nem leu a mensagem. E ele falou que não costuma abrir por causa do risco, de golpe, essas coisas. (P16)

Olha, é complicado porque geralmente eles vêm sem saber o que eles querem exatamente, né? E eu consigo fazer se tiver com documento, se não tiver eu tenho que encaminhar ele para o CRAS, que é próximo aqui. Mas geralmente, quando não tem nada, o CRAS vem e eles vão fazer um documento para a gente e a gente vai basear naquilo que eles quiserem. Mas a gente não deixa de atender. Mesmo que a gente coloque como um nome que ele me der, mesmo sem ele comprovar que aquele é o nome dele, correto, mas a gente vai atender. Se ele falar a data de nascimento, falar que ele tem 50, 20, 30, aí eu vou ter que me basear naquilo. Geralmente não sabe o CPF, geralmente não sabe o número do RG, não sabe nada. Geralmente não tem cartão SUS. Então, para mim, fazer um cartão SUS sem CPF é quase impossível. Especialmente porque agora houve uma mudança, mas, do contrário, passou aqui e a gente atende. O que eu sinto como auxiliar administrativo é que eu sinto muita falta de Libras. Eu acho que a gente poderia ter um curso de Libras, porque é uma linguagem meio que universal. Se daria melhor para uma pessoa ter essa expressão, né? Aqui tem muitos haitianos na nossa região, muitos. Aqui, no Eden tem bastante. Mas, geralmente, os homens falam muito bem o português e as mulheres não. Porque os homens trabalham fora e as mulheres ficam em casa. Então a gente encontra essa dificuldade. Se elas vêm sem o marido, é um caos. É um caos. Mas quando eles vêm, eles conseguem. Aqui hoje diminui o número. Está mais concentrado no Eden e na Vila Jardini. Mas eu já trabalhei muito e é bem difícil ficar com a gente. Não, não, porque é muito corrido aqui na recepção, então não tenho tempo nem de ficar muito observando. Mas a gente, quando chega uma pessoa machucada, eu já grito emergência, já vai atender. Então não me lembro, assim, no momento, de alguma coisa que tenha me direcionado nesse aspecto. (P17)

Bom, vou começar pelos haitianos. Tá bom? Os haitianos, a dificuldade principal é a língua. Eles vêm para cá e não sabem nada da língua. Sempre tem um que vem primeiro e um traduz para eles o que estamos falando. É muito difícil para eles entenderem como você age aqui. Uma novidade ter todo esse aparato do SUS para eles, de graça, entre aspas. Eles pensam que é o máximo do máximo ter a medicina aqui, o médico disponível, os técnicos disponíveis sem tirar do bolso. Eles ficam muito felizes. Vacina. O choque deles é muito grande. Vem assim a primeira vez, como que eles são tratados. Então tem isso, um ponto positivo. Depois eles vêm se adaptando, mas eles são difíceis de adaptar com a nossa língua. Demora um tempo. E eles acompanham bem. Eu tinha experiência na Aparecidinha, de ir na casa deles, que a gente tem a unidade da família. No Iporanga 2 tem muito haitiano. E como eles eram englobados na nossa equipe, que é a equipe verde lá, a gente conseguia trabalhar bem com eles. Na parte... eles têm muitos filhos também, porque a cultura deles não é de ter prevenção à gravidez. Então, para você colocar na cabeça deles isso é muito complicado, porque é da cultura. Eles casou, eles querem ter filhos. Então, eles não interessam se estão lá 500 pessoas dentro da casa. Para a gente trabalhar isso na cabeça deles, que eles podem ter esse problema, é difícil. Então a gente está atravessando, como é que fala... entrando dentro da religião deles, da cultura. Então, a parte mais difícil da enfermagem é isso: é você adentrar a sua vida para aquelas pessoas, né? E eles têm uma cultura totalmente diferente da gente, né? Mas foi legal e, ao mesmo tempo, bem trabalhoso. Tá bom? Depois vêm os venezuelanos, que eu conheci aqui. Eles são mais adeptos, já conhecem um pouco mais o Brasil. A língua também é mais fácil de entender, porque a gente acaba acostumando com a fala deles. Então a gente não tem muito problema em comunicação. Mas eles são assim também, admirados com o SUS, com essa ampla gama do SUS de tratamento. Então eles ficam admirados e

agradecidos, porque a gente tem tudo isso, uma coisa que o brasileiro não dá muito valor, né? Mas eles dão muito, muito valor, tá? E são diferentes mesmo, assim. A parte de cultura deles já é mais parecida com a da gente, né? Não é muito tão diferente como os haitianos. Os haitianos são totalmente um universo paralelo, né? Da nossa realidade, né? Mas foi muito agradável ter esse conhecimento e chegar neles. Mas é complicado também, sabe? Porque todo mundo que sai de um determinado país, eles têm uma cultura totalmente diferente. Eles tentam agregar a nossa, é complicado, né? E aí, como eles também nunca viram, eles falam muito da parte alimentar nossa, que é totalmente diferente, né? Que a gente não é uma cultura de alimento muito industrializado, né? E a gente não tem... como é que fala... tudo é fruta, eles não têm essa diversidade. Então eles ficam bem maravilhados com o bairro, o local que eles vivem aqui. Esse eu tive aqui, no Cajuru, os haitianos no Aparecidinha. Então foi bem gratificante. Alguma coisa a mais? (P18)

Ah, olha... vou ser bem sincera, viu? Não é nada fácil. É uma situação assim, bem delicada. Porque a gente não tem preparo nenhum, né? O profissional fica no improviso, total. Aí às vezes a gente tem que usar gesto, mímica, Google... sabe? E, assim, isso não é atendimento de qualidade, né? É o que dá para ser feito. Eu já vi colegas que, por conta própria mesmo, foram atrás de aprender umas palavrinhas da língua deles, pra tentar comunicar melhor. E, olha, faz diferença, viu? O paciente já fica mais tranquilo quando percebe esse esforço. Só que isso não deveria depender da boa vontade de cada um, né? De tempo, também, né? Era pra ser algo institucional. (P19)

Olha... É variada, viu? As haitianas chegam muito tímidas, nervosas... Quase não falam português, então você precisa explicar devagar, mostrar, gesticular. Às vezes nem sabem direito o que é o papa, ou ficam com vergonha, sabe? Já os venezuelanos chegam com um pouco mais de entendimento, outra cultura. É um choque cultural mesmo, pra eles, mas também pra gente. Tem uma mistura de medo, curiosidade, um respeito quase silencioso. É quando o que a faculdade não te ensina precisa desabrochar, você fica ali tentando dar atenção, mas cada uma reage de um jeito. (P20)

Pergunta 02: Como você se sentiu atendendo um cliente refugiado ou migrante?

Eu me senti muito bem. É bem gratificante, mesmo com a dificuldade que tem, mas é meio gratificante passar a orientação e sentir que eles ficaram agradecidos pelo cuidado. (P01)

Impotente. Impotente. A faculdade deveria dar uma formação maior em Libras e na língua inglesa. Não forçar o aluno dentro da própria grade, talvez isso facilitaria muito a comunicação. (P02)

Ai, queria falar a língua deles. Queria. Olha, queria falar francês, porque o haitiano é muito francês, né? Eles falam inglês, mas eles também são igual a gente, meio que, né? Palavrinha, né? Agora o francês, eles, né? É a língua deles. (P03)

Então, era difícil, né? Porque a gente queria perguntar se ele tinha desconforto respiratório, que ele estava em oxigênio, mas a gente não conseguia comunicação com ele, né? Então a gente tinha que meio que ver pelos sinais, né? A ausculta, talvez a gente conseguia ver alguma identificação diferente, né? Mas ele mesmo não conseguia relatar nada pra gente. Porque às vezes o paciente não tem queda de saturação, mas ele relata: “eu tenho desconforto, eu não faço tal coisa, eu tenho...”. Ele não, ele... a gente tinha que meio que tentar adivinhar, né? (P04)

Desqualificada. Então, o inglês eu acho que ajudaria, mas assim, eu achei difícil. Tem, até tinha uma moça que ajudava ele, que acho que era chefe dele, se não me engano, assim que ajudava, porque ele sempre estava bem assustado, sempre perguntando o quanto tinha que pagar, porque é lá no país dele, né? E assim, foi difícil. (P05)

Ah, senti bem, normal. A única coisa, a minha preocupação é saber se ela tava me entendendo, entendeu? Porque a gente não sabe, né, a religião deles, né? A gente pergunta. Que nem eu perguntei, ela falou que era batista. Mas daí, por exemplo, você vai pedir pra tirar adornos, assim, né? Daí ela tava com uma... Pra mim era um elastiquinho de dinheiro, mas eu não sei se era. Era amarelinho, parecia igualzinho. Daí eu falei assim pra ela: ó, tem que tirar. Daí ela entendeu que tinha que tirar. Só que, na verdade, ela só trocou de braço. Entendeu? Então não sei a importância daquilo pra ela. Você entendeu? Daí isso me chamou um pouco de atenção. Daí quando chegou lá no centro cirúrgico, as meninas tiveram que tirar, entendeu? Ela mudou e colocou debaixo da pulseira, né, da identificação dela, né? Daí eu lembro disso. Foi recente isso. (P06)

Ah, eu achei que a gente podia ter tido um atendimento melhor por conta da comunicação que não foi muito efetiva, né? Ela não sabia algumas coisas da vida dele, antecedente e tudo mais. Então, não foi tão bom como a gente esperava. (P07)

Ai, me senti um pouco meio incapaz, assim. Eu acho que na hora eu pensei muito assim: “meu Deus, eu devia ter pesquisado alguma coisa, colocado no tradutor, alguma coisa assim”, porque fica difícil. A gente se sente meio estranha, porque não consegue atender da melhor forma. (P08)

Não tive nada assim de anormal. Foi tranquilo. (P09)

São sentimentos antagônicos. Dá uma sensação de frustração quando você quer oferecer o melhor atendimento possível, mas não consegue se comunicar plenamente... Se sente meio que impotente... Por outro lado, é uma oportunidade de aprendizado, a gente muitas vezes entra no automático... quando tem essas situações, temos que sair da zona de conforto e se virar, prestar o atendimento, fazer o nosso trabalho da forma que dá e que que é possível. Isso nos desafia. Não tive nenhuma situação desastrosa, mas poderia ter sido melhor, óbvio que sim, né? (P10)

Olha, eu queria entender. Eu fiquei, assim, angustiada de não conseguir ajudar. Então eu falei: “Nossa, por que que...?” Sabe que chegou muitos refugiados, porque foi no começo, antes não tinha tantos aqui, né? Eles vinham do Éden pra cá. Por que não deram uma aula pra gente, pelo menos assim, do dialeto deles? Porque eles falam, eles falam misturado, né? Falam francês, crioulo, falam um monte de... E a gente não sabia. Então eu acho que precisaria a gente aprender um pouquinho, assim, pra se comunicar melhor. (P11)

Divertida. É uma linguagem diferente, né? Então, tem coisas que falam que na nossa língua é uma coisa, para eles é outra. Então fica engraçado, você acaba até rindo. (P12)

Acho que é tudo normal, chega a ser divertido, chega a ser gostoso o atendimento, porque também a gente fica conhecendo outras coisas. Tem uns que são moradores aqui no Cajuru, hoje eles já quase falam igual a gente, mas eles contam como é lá. Eu gosto disso, gosto de saber. Nunca viajei para lá, mas eu gosto de saber como é. É isso. (P12)

Ah, dá uma certa dúvida se eles estão entendendo o que a gente está falando. (P13)

Ah, é importante, né? Eu achei legal. É uma experiência a mais que a gente ganha. Conhecimento, né? (P14)

Exatamente, dificuldade de entender, né? Entender é o idioma deles. (P14)

Ah, pra mim foi tudo bem, não tive... pra mim, todo ser humano é um ser humano. Então, pra mim, não foi diferente do que se estivesse atendendo um brasileiro. Pra mim foi tranquilo, é mais um munícipe que eu vou atender e ele precisa resolver o problema dele. (P15)

Eu me senti meio despreparada. Porque a gente nunca tinha pego um documento assim, né? E daí você pega o documento e é ao contrário, né? Eu me senti despreparada, na verdade. (P16)

Normal. Tem que atender, vamos atender. Tem documento, atende. Não tem documento, a gente vai atender. Peço autorização para a enfermeira, porque geralmente são elas que têm que me dar o aval. Se é caso que não dá, eu já mando para a UPA. Se eu tiver sem médico na unidade, que às vezes acontece, eu já falo: “olha, tem que encaminhar para a UPA, porque a gente não vai poder”. Ah, chegou cortado. Se não tiver médico, se tiver que dar ponto, é UPA também. Agora, tem coisa rápida que eles fazem aqui. (P17)

Bem complicado, porque assim, por mais que você esteja preparado, mas você tem uma dificuldade na parte da fala mesmo, na parte de entender o paciente. Mas, assim, no geral, a técnica de recepção da nossa parte de enfermagem, ela é universal, ainda bem, né? Porque aí a gente vai pedir para sentar, para ver a pressão, para ver o dextro, para ver... Então, assim, é mais o entendimento mesmo. O resto, a técnica consegue alcançar os... como é que fala... o universo, né? O universo. É, entendeu? Então, assim, é bem... é gostoso, não é ruim. É conhecer outra cultura, né? Mas eles são calados. Principalmente os venezuelanos, eles são muito calados, eles não falam muito, sabe? Então você tem que ficar arrancando aos poucos as coisas deles. Não é muito falar nem deles mesmo. Então eles são bem coisas. Com haitianos fica impossível, porque tem um tradutor, ele vai traduzir para ele e você não tem muito contato. Até que ele aprenda, né? Aprenda a nossa língua um pouco para eles entenderem o que estamos falando. Mas, no geral, foi gratificante também. É pesado, mas é gratificante ter isso na nossa região. De trazer um estrangeiro e ver como é a vivência do nosso país. Então eu acho que foi muito legal. (P18)

Eu me senti... sei lá, meio frustrada, sabe? Porque você quer ajudar, você vê que o paciente precisa, mas você fica limitada. A gente não tem suporte institucional, não tem tradutor, não tem protocolo, sabe? E aí tenta resolver do jeito que dá. Só depois de um tempo, que você vai assim, acompanhando a pessoas, vai criando laços mesmo, de confiança, entendendo onde ela mora, os hábitos, com quem ela se sente mais acolhida aqui dentro que o atendimento flui, mas no início é bem frustrante, você fica de mãos atadas. (P19)

Ah... é... É bonito, sabe? É bonito poder orientar, ajudar, mas também... É pesado, sei lá? Porque você vê que nem sempre elas entendem tudo, que nem sempre você consegue chegar onde queria, mesmo assim você tenta. Quando eles saem agradecendo, você vê que tem uma questão de expectativas, autocobrança envolvida aí também. Então, de um jeito meio torto, mas dá pra sentir que ajudou. (P20)

Pergunta 03: Explique por que acha que atendeu ou não atendeu as necessidades dos pacientes?

Acredito em parte, porque com a barreira da linguagem, muitas coisas eu acho que ficaram meio sem entender de vez em quando. Então, alguma coisinha deve ter ficado. (P01)

Atendi. Atendi. Dentro da minha limitação. Mas aí entra a parte humana. Porque às vezes o humano fala mais que palavras, entendeu? (P02)

Espero que sim, né? Mas, né? Fica uma interrogação, né? (P03)

Acredito que sim, porque como ele não conseguia falar pra mim que ele tinha desconforto, mas a gente foi pela clínica. Eu falei pra ela: "escuta, ele é um paciente que começou a fazer VMI, sabe a VMI, aquela máscara?". E aí foi só piorando, piorando até ele ir pra UTI. Então a gente conseguiu ver que ele não estava bem, a ponto de começar a fazer uma VNI primeiro. Assim. (P04)

Ah, deu pra... Saiu com implante, saiu bem, graças a Deus. Deu tudo certo, mas assim, acho que foi bem difícil o fato da comunicação. (P05)

Eu acho que sim. (P06)

É, ele conseguiu realizar o implante de marca-passo, a gente prestou atendimento, mas acho que poderia ter sido melhor. (P07)

Eu acho que eu atendi, mas eu tive ajuda, né, na hora. Aí sempre tinha alguém perto, daí conseguiu ajudar, a gente conseguiu se comunicar bem, mas faltou isso. A comunicação pesa bastante. (P08)

Atendi... Ah, gente sabe que tem algumas situações que esse atendimento não atende todas essas necessidades. (P09)

Assim... tendo uma visão geral, os pacientes receberam diagnóstico e tratamento. Mas sei que, em questão de acolhimento e de integralidade, mesmo, poderia ter sido melhor. Há uma limitação e isso impacta, não tem como... Infelizmente, mas impacta. (P10)

Ah, sim. Certo. Porque a gente vai fazendo gestos, vai tentando entender mais, assim, mímica mesmo. Porque é igual: ela apontava, eu sabia o que era. Aí ela apontou, eu sabia o que era, entendeu? Aí foi assim. (P11)

Sim, eu acho que a gente atende como atende qualquer outro município. (P12)

Acho que sim. (P13)

Ah, conseguimos, né? Porque foi bem naquela época que a gente tinha que fazer aquele cadastro. A gente fazia o cadastro e aí eles faziam, porque tinha que fazer para tomar a vacina, né? Então a gente conseguiu, porque eles tomaram a vacina, então consegui desenrolar. (P14)

Consegui. Nenhum problema, todos saíram com a vida resolvida. (P15)

Na medida do possível, sim. Porque, no caso dos haitianos que vinham aqui, a gente tinha que fazer vacina neles. Então, se tinha alguma dúvida, a gente questionava. Eles geralmente não vinham sozinhos. Vinha na faixa de duas pessoas, três pessoas tomando a vacina, então um ajudava o outro e ajudava a gente, né? Então, se a gente conseguiu... Se ele tomou a vacina, é porque a gente conseguiu atender, né? Da maneira do possível, né? (P16)

Eu acredito que sim. Nem que eu tenha que gritar, ele vai acabar me entendendo. Mas a gente vai se falando ali: documento, documento. Qualquer coisa eu tiro o meu, mostro para ele, ele vai entender que eu preciso de um documento. Geralmente ele já vem com alguma coisa na mão, já vem com alguma coisa. (P17)

Eu acho que a gente não consegue atender tudo. Por exemplo, assim, dentro do nosso contexto de... como é que fala... por causa da linguagem mesmo, não conseguem falar a nossa língua, não entenderem direito, a gente meio que faz um trabalho meio... meia boca, né? Que a gente fala. Não dá pra gente dar esse atendimento. Mas, no geral, dá. Do acolhimento. De tratar o que a gente tem. E a gente dá o possível. O possível dentro daquilo que eles entendem. Porque não é a parte nossa. É a parte deles não entender. E a gente procura falar de alguma doença. Alguma coisa que se tem. Eles são mais fechadinhos mesmo. Eles são mais... então para arrancar isso depois é com a gestante. A gente passa para ela que ela tem que ter pelo menos nove consultas. E aí ela tem que estar aqui. Aí ela falta. Aí a gente vai atrás. Entendeu? Então, assim... Mas no geral, eles são bem tranquilos. Na parte de clínica, assim, eles são obedientes. Como fala assim, a gente passa e eles vêm. Entendeu? Agora, quanto à expectativa deles, eu acho que é superior. A expectativa deles em relação a nós é mais superior do que a gente a eles. Porque a gente tenta passar isso para eles, mas eles são mais fechadinhos. E aí, quando você recepciona esse paciente, quando ele vem, a gente se sente mais frustrado. Porque a gente pensa que não passou tudo. Mas eles se sentem mais acolhidos. Porque eu acho que no país deles não tem esse acolhimento. Então eles ficam mais gratos ao nosso acolhimento aqui. Eu acho que é geral isso, na parte de estrangeiro. No Brasil inteiro eu acho que é isso. (P18)

Olha... de forma básica, sim. Mas, sinceramente, não como deveria, não. Porque saúde não é só dar remédio e mandar pra casa, né? Saúde é escutar, entender a história, orientar... e quando você não

consegue entender direito o que ele fala, você perde metade do processo. Então... eu acho que as necessidades deles não são totalmente atendidas, não.(P19)

Olha, consegue o básico, coleta, acompanhamento de exames... Mas o cuidado completo, de tudo que elas precisariam, nem sempre... A língua, a cultura, o jeito delas, às vezes não deixa. Mas você faz o que é possível. Nós somos muito cobrados também, pelo tempo de atendimento. Fica difícil ter o mesmo tempo para a população local e para os de outros países, a língua pega, né? Não é fácil. (P20)

Pergunta 04: Dê algumas sugestões que poderiam te auxiliar no atendimento à saúde a refugiados e migrantes e para que as necessidades desse grupo sejam plenamente atendidas.

Cara, eu acho que seria bem interessante se a maioria dos funcionários, ou quase todos, a gente aprendesse mais do inglês para se comunicar com eles. Porque a maioria deles, mesmo que fale a linguagem deles, tem aquele inglês para comunicar com todo mundo. E aí não é todo mundo que fala. Eu mesma, eu sou péssima. Eu sou mais assim, entendo mais do que falo. Então eu falo bem pouquinho, mas a comunicação sai um pouquinho. Mas tem coisas que precisam melhorar ainda. Seria melhor a comunicação. (P01)

Aí o que seria? A faculdade investir no aluno, na comunicação. Talvez na língua inglesa, que é uma língua mais fluente mundialmente. A parte de Libras. E eu acho muito legal essa parte do intercâmbio que hoje a PUC tem. Porque vocês têm essa comunicação com o latino, que falam castelhano, e eles vão para lá entendendo mais o português. Isso é muito legal. (P02)

Então, a gente devia falar um pouco, né? A língua, né? Mas não sei como que poderia, né? O hospital dá um curso. Vai dar, né? Um cursinho aí de inglês, de... então, um de francês, né? (P03)

Olha, é difícil, né? Porque eles não entendem a gente e a gente não entende eles. Talvez se ele falasse inglês, alguma coisa assim, a gente conseguiria se comunicar, né? Mas a gente também não sabia, né? A gente também não sabe... Eu consigo ler, mas falar eu não consigo, né? Então acredito que, se ele tivesse conhecimento de outra língua, talvez seria mais fácil, né? (P04)

Olha, eu acho que mais Libras, né? E tá, tá tudo bem, né? Pra ver se ele entendia, porque comunicação mesmo você não entende nada. É uma fala bem diferente, né? (P04)

É... Assim, no meu caso, se eu falasse, talvez, se eu falasse inglês, ajudaria algumas coisas, porque dava até pra se comunicar. Mas, sei. Mas a linguagem, né? É. (P05)

Se a gente soubesse... que nem, a gente pega no quarto, a gente não sabe de onde vem, né? Às vezes, se a recepção avisasse, alguma coisa assim. Mas é uma surpresa quando a gente vai no quarto. (P06)

É, então, no caso dele, como ele é específico chinês, é uma das línguas mais faladas do mundo, mas a gente não tem costume de fazer aqui, né? No último dia, o Dr. Elmo, que é o médico protagonista, deu a opção pra gente usar o tradutor. E funcionou legal, então foi um dos meios que a gente achou. Mas pra outros pacientes é igual libras e tudo mais. A gente deveria ter um aprimoramento melhor, né? (P07)

Cursinho de inglês. Seria muito bom. E que, se a gente não conseguisse o curso, pelo menos que alguém ao redor no hospital tivesse essa experiência e conseguisse essa comunicação. (P08)

Eu acho que teria que ter um tradutor, uma pessoa que.. (P09)

Se houvesse maior suporte institucional para a comunicação, sabe? Temos a assistência social, mas em muitos casos não é a condição social, é a comunicação. Certo, eles geralmente tem a questão social também, mas não é o caso, a pergunta, né? Acredito que seria importante o hospital contar com tradutores, é quase como uma ilusão... Mas num mundo ideal, né? Quem sabe? E... cursos de capacitação para os profissionais de saúde, a questão cultural mesmo... Tem uma diferença abissal quando o paciente é homem ou mulher e cada cultura, a nossa abordagem também impacta nesse contato, principalmente quando a comunicação é comprometida, orientar os profissionais quanto essas diferenças, essas peculiaridades seria interessante também. (P10)

No caso, seria a gente aprender um pouco mesmo do idioma de quem chega no Brasil. Seja de onde for, né? Pelo menos o básico para conseguir a comunicação. Acho que seria importante. (P11)

Algum profissional tradutor, né? Acho que é a única saída. De resto a gente atende igual a todos...(P12)

Nunca pensei, nunca pensei pra falar a verdade. Não sei, falar a verdade. (P13)

Talvez ter um pouco mais de tempo para as dúvidas deles, né? (P13)

Aprender inglês e espanhol, né? Isso que eu não tenho. A dificuldade é que a gente não entende o idioma deles. (P14)

Agora, assim, não me vem nada à cabeça. A gente tem uma boa estrutura em Sorocaba, ao contrário de outras cidades, como Votorantim, que eu moro lá e tal. Já morei em Saúde Pirapora, morei em Itu, morei... Então, a gente tem uma estrutura muito melhor em questão de física e em questão eletrônica. Então, é tudo muito integrado, muito fácil.

Quando as pessoas passam, mesmo que seja nos PAs que são terceirizados, a gente tem acesso ao prontuário deles. Então, assim, está tudo bem. Talvez a questão de documentação mesmo, mas isso não foge da nossa alçada. E agora o SUS está atribuindo tudo no CPF. Então, agora descontinuou o cartão do SUS esse mês e agora vai ser tudo no CPF. Então, as coisas estão caminhando nesse sentido. Então, estão indo, não estão indo. Para mim, está tranquilo. (P15)

Eu acho que a gente deveria ser mais preparado, né? Porque agora a gente tem muitos imigrantes que estão vindo. (P16)

Sei lá, um curso, porque é difícil um intérprete, por exemplo. Pode até ter, em caso de alguma documentação mais necessária. Mas, por exemplo, para um curso de saúde não vai trazer um intérprete, né? Então, eu acho que a gente deveria ter uma formação aí, um curso, algo assim, pelo menos o básico para a gente entender o que eles falam, né? Porque algumas coisas a gente não entende, por gestos ou eles falando, mas é difícil. (P16)

As Libras. As Libras, eu acho que são muito importantes. Eu tô doida para fazer um curso. Faz 13 anos que eu tô na prefeitura e não saiu até hoje, né? Teve um curso online, mas eu acho que o online não vai ter o valor. E pra pagar um curso, é um curso que não é muito barato. Então eu me sinto meio que de mãos atadas. Mas eu acho que é fundamental. Eu fiz um curso esse ano na prefeitura, na escola de gestão, que eu acho que todo funcionário público, quando entrasse, já tinha que fazer esse curso para ter uma visão mais ampla de tudo. Hoje eu conheço mais a parte burocrática, que apanhei muito para entender. Então eu acho que já deveria começar o seu estágio probatório, que é uma exigência, tudo bem, que é um direito. Mas você já teria a capacidade desse curso, de pelo menos um integrado, uma semana, para você ver como funciona tudo. Eu acharia importante. E eu acho que Libras é fundamental. Eu tive aula com uma pessoa cega, de pouca visão, mas que falava que Libras é uma linguagem universal. Então eu entendi a necessidade de Libras. (P17)

Eu acho que... eu acho que a gente já aprendeu um pouco como que a gente vai lidar com paciente que não fala muito. Acho que a gente vai trabalhando isso, dia a dia, ele frequentando mesmo. E acho que tem uma coisa que é boa aqui: que a gente é da família, da unidade da família. E isso é muito bom. Porque a gente, por exemplo, pega um paciente que a gente vê que ele não está legal. Principalmente um estrangeiro, a gente pode ter o caminho de ir na casa, entendeu? E ir em busca desse paciente. Tem um acesso que a gente fala: olha, esse paciente vê um exame alterado, a gente pode pedir pra ele ir lá, levar uma receita, procurar esse paciente. Então essa é uma vantagem enorme que a gente tem. Então a gente aproveita essa vantagem, né? Então isso pra mim já é o *up do up* da nossa situação. Contrário de uma UBS tradicional, o paciente tem que vir. Nós aqui vamos atrás. Acho que a gente já faz essa sugestão. Cada profissional tem um jeito de trabalhar. Como eu sou da equipe de fora, da equipe externa, faço parte da equipe externa da minha região, então eu gosto de trabalhar com o pessoal nas casas, porque você vê a realidade. Você não vê aquilo que o paciente está te trazendo. Então eu costumo procurar ver como essa pessoa vive realmente. E aí eu vou trabalhando aos poucos com o que ele tem para me oferecer. Então sem conhecer isso eu acho que a gente nem tem como sugestão. Eu acho que a gente tem que conhecer esse paciente, como que ele vive. Como que é o dia a dia dele, o que ele trabalha, o que ele come, para a gente poder trabalhar isso. Essa sala aqui é principalmente a sala do hipertensivo diabético, que é uma sala que você tem um pouquinho de tempo, às vezes brincando ali com o paciente, você tem aquele pouquinho de tempo para você tratar esse paciente, para ver como ele se sente em relação a você. Porque ele apresenta ali limpo, bonitinho, com a roupinha do domingo para você, e às vezes não é isso. Não tem nada a ver com a realidade que a gente vê na rua. Então esse é um privilégio que a gente tem aqui. Então, eu procuro trabalhar bem nessa parte. Então, sugestivo que todos os profissionais tenham esse olhar. De olhar a pessoa, não a que está sentada na mesa como aparente. Você tem que olhar o interior dessa pessoa. Como é que ele vive, como é o cotidiano dele. Isso é sugestão para todos os profissionais. Porque a minha realidade não é a realidade dele. Ele veio até a mim, mas eu tenho que procurar, como eu tenho essa parte que é da estratégia, eu tenho que procurar saber como esse paciente vive. Por que ele está alterado? Por que ele come? O que ele está passando? Qual é a situação financeira desse paciente? Então, quando vêm aqui... Eu falo bastante, viu, gente... Quando eles vêm aqui, por exemplo, tem uma equipe multi aqui, de nutricionista, que vem da faculdade. A gente trabalha muito, vocês alunos. E às vezes a gente tem os estágios de nutrição. Eu sempre falo para eles: não adianta vir aqui com papel, com papel, tudo bonitinho, do jeito que vocês estão aprendendo na faculdade. Não se esqueçam. Porque o que você passar para ele, ele vai olhar aquela lista: ele pode comprar? Ele pode comer? Ele pode ir no supermercado, vai ter isso disponível para ele? Não. Você tem que tratar o paciente, por exemplo, um diabético. Você tem que... brancanhar isso o tempo todo com ele. O que eu posso trocar? O que ele come que eu posso trocar que é melhor? Entendeu? Então você tem que saber o que ele come. É o dia a dia dele. E se ele tivesse um macarrão para comer? E arroz? E feijão? Entendeu? Então eu sempre falo isso para os profissionais: olhe o que o paciente está fazendo. Olhe o paciente como um todo. O que ele come, a que horas ele dorme, como ele trabalha, qual o tipo de trabalho dele. A gente tem que olhar o paciente como um todo. A vida dele, por que ele está tendo problema, o que ele está comendo. E certas coisas que você vê... Vou dar um exemplo de um paciente. Ele estava em um nível mais alto da insulina. Ele vinha aqui e você aumentava a insulina, aumentava

a insulina, foi no nível mais alto... e a diabetes dava 500... Gente, não tem como. Ele falava: “eu tomo todo dia, todo dia faço”. Ele mostrava mesmo o que tinha, o que fazia, tudo certinho. E o que a gente descobriu aí? O que você está comendo? Como na comida... nada... está comendo isso e isso, fazendo do jeito que você está falando. Ok, por que está assim? E a gente descobriu que ele simplesmente colocava a insulina em cima do congelador, meio que congelava a insulina, não perdia o efeito. Olha, você viu? Um único detalhe. Um detalhe que a gente já tinha falado para ele. Então, para a gente, na nossa cabeça, porque é óbvio para mim, não é óbvio para ele. A partir do momento que a gente descobriu que ele fazia errado o armazenamento da insulina, pronto, acabou a vida do paciente de vir aqui com a glicemia na altura. Então, assim, muitas vezes o médico senta e o paciente fala. Mas ele não sabe. Não é óbvio para o paciente. Acontece muito. Ou você falar: não coma carboidrato. O que é carboidrato? Entendeu? Então, assim, nós temos essa visão. Você falar: o senhor sabe o que é um carboidrato? O senhor sabe o que você está comendo? Que se torna açúcar? Essa é a questão direta. E hoje a gente tem a demanda de atendimento de subir, subir. Atendimento, a gente fala que vai subir pessoas. Atendimento, atendimento, atendimento. E esse olhar se perdeu, né? Você perdeu porque você não tem o tempo adequado. 15 minutos para atender o paciente, você acha? Entendeu? Para saber dele? Como você vai saber em 15 minutos? É só demanda. 4 por hora, 5 por hora e assim vai. E aí você passa como o quê? Um rolo trator. E fica passando o paciente, e você não está realmente dando atenção à saúde daquele paciente. Por quê? Porque você está lotado, está cheio de coisas para fazer, e você não presta atenção. Acho que é isso. A sugestão é que todos os profissionais tenham um olhar mais humano. Um olhar nesse paciente, para o que está acontecendo com a vida dele toda, não como um sintoma. (P18)

Primeiro: precisa de tradutor. Não adianta fingir que dá pra resolver no improviso, porque não dá. Precisa de treinamento pros profissionais. Nem que seja básico, mas tem que ter, né? E mais estrutura... porque, olha, a gente já fica no limite para população local, imagina quando chega a mais. A verdade é que o sistema não se organiza pra receber. (P19)

Humm... Acho que seria bom se tivesse mais tempo pra conversar com elas... se tivesse alguém pra mediar a língua, orientar melhor. Não é só falar português, é entender o que elas entendem, o que sentem... Mais atenção, mais paciência, sabe? Isso ajuda muito. Seria legal também alguém que consiga orientar a equipe sobre costumes, hábitos... ajuda muito, evita mal-entendidos, situações meio que constrangedoras, né? (P20)

Pergunta 05: Qual sua opinião sobre a acolhida de refugiados e migrantes em território brasileiro

Eu acho que, até agora, assim, os que vieram para cá, não foram... ninguém foi, bem, como eu posso falar? Eles foram bem acolhidos, a gente recebeu muito bem eles. Normalmente não teve julgamento sobre eles, nem nada assim. Mesmo eles sendo diferentes. É isso. (P01)

Eu acho que é boa. Meu pai foi imigrante, veio bebê de Portugal, então eu sou filha de imigrante. Eu acho que o brasileiro, por si só, ele é acolhedor. Mas tem as limitações públicas, as limitações políticas, o tráfico humano. A gente sabe que dentro da hospitalidade tem o tráfico humano, principalmente com os latinos em São Paulo, tem muito tráfico. Então o brasileiro acolhe, só que dentro de toda a acolhida tem a malandragem, que é o caráter do cabal do outro lado. É isso. (P02)

Ah, eu acho que é bem acolhida. Eu acho que sim. (P03)

Ah, porque eu vejo pelo hospital aqui, né? Todo mundo procura, né? Atender, tentar, né? Tentar traduzir, fazer sinal, né? Tento procurar, eu acho. Pelo menos eu procuro fazer o máximo, né? De alguma forma, né? De alguma forma, é. (P03)

Essa é uma pergunta difícil. Será que eles vêm para o Brasil tentando uma vida melhor? Porque o país deles é um país... não que o Brasil seja um país fácil, mas é um país onde tem mais fácil acesso, né? Tem mais oportunidades, né? É um país que tem... que abrange demais os estrangeiros, né? Os outros países não aceitam tanto os estrangeiros, né? A gente pega os Estados Unidos e não aceita que a gente fique no ar, né? Eu acredito que é isso. O Brasil abraça mais o povo assim, né? Por isso que todo mundo vem procurar uma vida melhor aqui, né? É isso. (P04)

Acho que é importante, é importante, e, tipo, tanto pra eles quanto pra nós também, né? O crescimento, tudo. (P05)

Eu vejo aqui dentro do hospital. Eu acho que são bem acolhidos. Entendeu? Não tenho muita experiência com isso. Para mim, aqui, eu acho que está bem. Está bom. (P06)

Então, é importante, né? O Brasil é um país de porta aberta, eu acho que a gente tem que estar preparado para receber, porque a gente não tem as leis tão rígidas como os outros países. Mas também acho que a gente está bem em déficit ainda, né? Precisa melhorar esse atendimento aí. (P07)

Precisa melhorar bastante. É boa. Eu acho que, no geral, assim até que é boa. Eles se sentem muito em casa, porque a gente é um povo acolhedor, né? A gente gosta muito desse contato, a gente respeita bastante, na maioria dos casos. Sempre tem algumas exceções, mas eu acho que precisa melhorar a comunicação, precisa melhorar a estrutura, pra ter leitos, pra onde colocar eles, essas coisas. Mas, no geral, eu acho que a gente tá caminhando por um plano melhor. (P08)

Eu acho que deveria. Deveria. Sei lá... Pelo acolhimento, por irmandade, por Cristo e amém. (P09)

Eu sou a favor da acolhida. Acho fundamental que o Brasil mantenha essa postura aberta, porque é uma questão humanitária. Porém, acredito que ainda falta organização, ter políticas públicas mais claras e estruturadas, ajudaria não só os refugiados, mas também o sistema como um todo, não criar campos de concentração, isso é anti-humano, digo que talvez ter alguns locais pré-estabelecidos para eles irem e ir realizando essa integração aos poucos, ter uma estrutura para ensinar a língua, inserir em um emprego, na escola. É mundo ideal, né? Na prática não funciona assim, mas talvez algo nesse molde. Acho que é isso. (P10)

Eu acho que eles ficam assim, eles vão se agrupando, eles mesmos vão se ajudando, eles sabem onde podem procurar ajuda e um vai comunicando com o outro. Porque, assim, igual aqui: se você falar pra mim "vai chegar alguém" e eu não sei conversar com eles, a gente vai ficar sofrendo, eles e a gente. Porque ninguém instruiu: "Vai ter refugiado que mora no seu bairro." Então a gente não sabe. O que é importante é saber quem está chegando, porque quando chega refugiado eu acho que as autoridades da cidade sabem pra onde eles estão indo. Então, poderiam comunicar: "Ó, no seu bairro, no seu território, vai ter tantas famílias para vocês acolherem." A gente só sabe a hora que eles chegam. Então eu acho importante avisar a comunidade que tem e tentar ensinar um pouquinho de idioma. Essa é a tecla que eu bato mesmo. (P11)

Eu acho que nós todos somos seres humanos, então acho que se eles estão precisando, eles têm mesmo que vir para cá, porque se um dia a gente precisa, a gente também vai procurar alguma coisa. Então acho que tem que ser bem recebido sim, que não importa porque fala outra língua, tem outra cultura, são seres humanos igual a nós. Eu penso assim, porque... são seres humanos. Então só porque eles são do Haiti, eles são não sei da onde, a gente não vai tratar, a gente não vai acolher? Amanhã ou depois pode acontecer alguma coisa no Brasil, a gente precisa ir para a Venezuela, por exemplo. E aí? Então acho que você recebe o que você entrega, né? (P12)

Ah, eu acho que a gente tem que acolher, poderia ser a gente no lugar deles, amparar e fazer o que a gente puder para poder ajudar. (P13)

Como eles vêm pra cá, vou olhar a dificuldade lá, né? Acredito que seja bom, vai ajudar o próximo. Minha opinião, ajudar é bom. (P14)

Se eles estão querendo vir, como que vai proibir? Na minha opinião, condição não tem, porque nem para nós, que somos brasileiros, não tem condição de manter nós. Ultimamente, principalmente na saúde, está péssima, né? Eu estou postando para o programa de saúde e eu estou pagando tudo, exame e tudo, porque a dificuldade é muito grande. Eu estou numa fila para um cardiologista faz um ano, então eu tenho mil e pouco na minha frente. Meu Deus! Eu tenho que pagar todo ano. Sendo profissional da saúde, mas não tenho saúde, não tenho apoio. É isso que está acontecendo. A condição deles não ter, não tem, né? Mas o que nós podemos fazer, né? (P14)

Não, não tem problema nenhum, assim. No Brasil todo mundo aqui é miscigenado, né, todo mundo é, então tá tudo certo. Assim, pra mim não tem problema nenhum, assim, né? Meus pais são interracialis, então pra mim tá normal, sabe? O que você falou: o pessoal vem pra cá, a gente acolhe todo mundo. A cultura do nosso país é essa, né? Então, tá tudo certo. Tudo tranquilo. (P15)

Eu acho complicado. Eu não estou lá no país, não. E os outros países também recebem brasileiros. Eles têm necessidade. Às vezes eles têm muitos filhos, não têm casa para morar, vêm na casa de um parente, várias pessoas vêm na casa deles. Então, eu acho que o Brasil não está bem preparado para receber essa massa, porque há muitos refugiados. (P16)

Eu não tenho como falar. Eu acho que... eu não sei. O brasileiro é muito bom, né? O brasileiro tem um coração que não é dele. Ele acolhe, ele faz, das tripas o coração vai dar um jeitinho e vai fazer. Eu acho, é a minha opinião. Você está perguntando a mim, eu acho que a gente dá um jeito e vai. Nem que a gente leve os guias, traz o prato de comida, a gente dá um jeito. Mas a gente acolhe. O brasileiro é muito acolhedor. Não sei nas fronteiras lá, mas aqui a gente sabe que é. A gente tenta fazer o possível. O impossível só Deus consegue, mas eu, como cristã, tento fazer a minha parte. (P17)

Olha, eu sou bem humanista. Você já percebeu, né? Eu não tenho problema nenhum com refugiados no Brasil. Eu acho que todo mundo, o mundo é de todos nós. Eu sou contra esse negócio de perseguição de imigrantes, essas coisas assim. Então, pra mim, eu acho que, se eles estão vindo pra cá e não estão aqui num acampamento que a gente tem que ficar correndo atrás... mas talvez, se viesse também com alguma dificuldade, a gente estaria ajudando. Eu penso assim. Eu sou super humana nessa parte. Então, a ajuda humanitária, ela é para todos. A terra foi feita para nós, não foi feita para ter essa divisão, não é verdade? Então, todo ser humano, ele é um ser humano, gente. Não tem o que falar, né? Ele é um ser humano que precisa ser tratado. Agora, as questões de fronteiras, questões políticas... eu acho que, primeiramente, é humano. Essa é a minha opinião. (P18)

Então... aí é complicado, né? Porque, assim, o brasileiro gosta de falar que é acolhedor, que recebe bem, mas na prática não é sempre assim, não. Tem muito preconceito, muito comentário atravessado, sabe? Tipo "ah, veio roubar emprego". Isso, essas falas a gente escuta direto, até aqui dentro... Então, sem romantizar, o povo ajuda, sim, tem solidariedade, mas também tem resistência, tem julgamento... E o Estado também, né? Não dá suporte, né? Fica todo mundo jogado: eles tentando se virar e a gente aqui na ponta. (P19)

Ah... Olha, olha... Eu tento ser humana, de verdade. Mas, sinceramente, tem muito que melhorar, viu? O brasileiro até quer ajudar, mas se eu precisar demorar mais em um atendimento com essas pessoas, já vem reclamação. Chega um refugiado aqui, perdido, sem conhecer nada, e a gente tem que correr atrás, explicar, orientar... e ainda lidar com gente daqui que reclama da demora, de qualquer coisinha.... Então, na teoria é bonito falar em "acolher", mas na prática, falta empatia, compreensão mesmo, sabe? Na teoria é lindo, sempre falam que somos portas abertas, mas na primeira oportunidades... Obviamente, não igual outros países em que as situações são escancaradas, aqui acredito que acolhemos, ajudamos, mas na primeira oportunidades se privilegia os nossos mesmo, não deveria. Mas sem muro, sem proibições, tendo acesso ao SUS, olha que maravilha! Falta o governo também, né? Em estrutura, dar um apoio com programas governamentais, que são necessários, não tem como se opor, nós que vivenciamos o SUS sabemos disso, os auxílios são questões humanitárias, de saúde pública também. Mas aí tem que ter emprego, educação... É isso. (P20)