

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ANA IZABEL NASCIMENTO SOUZA

**PERCEPÇÃO DO DISCENTE DE MEDICINA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO
IMIGRANTE**

ARACAJU - SE

2019

ANA IZABEL NASCIMENTO SOUZA

**PERCEPÇÃO DO DISCENTE DE MEDICINA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO
IMIGRANTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Msc. Halley Ferraro Oliveira

ARACAJU – SE

2019

ANA IZABEL NASCIMENTO SOUZA

**PERCEPÇÃO DO DISCENTE DE MEDICINA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO
IMIGRANTE**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, sob a orientação do Prof. Msc. Halley Ferraro Oliveira.

Autora: Ana Izabel Nascimento Souza

Orientador: Prof. Msc. Halley Ferraro Oliveira

ARACAJU-SE

2019

ANA IZABEL NASCIMENTO SOUZA

**PERCEPÇÃO DO DISCENTE DE MEDICINA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO
IMIGRANTE**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe Oliveira.

Aprovada em: / /

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

ARACAJU-SE

2019

Àqueles que, forçosamente e corajosamente, buscam novos
lugares para viver.

AGRADECIMENTOS

À Deus e a Nossa Senhora Aparecida que me guiam. À Marcos e Cláudia por serem a representação concreta das palavras lar, amor, entrega e fé. Deles sou a síntese. À Fernanda, alegria e calma do meu coração, presente é ser sua irmã.

Ao abraço incentivador dos tios e primos mais legais que eu poderia ter. Àqueles que intercedem por mim, *in memoriam*: Ana, Maria Izabel, Valdemar, Cláudio, José Carlos, Edirani, Alene, Inês.

À Leo que se faz perto quando distante. À Alyne por sempre acreditar em mim. À Ana Bárbara, Jaira e Adler por serem tão parceiros, determinados e maravilhosos. Aos amigos que consideram minhas eventuais ausências: Soninha, Carla, Robby, Olga, Samir, Letícia. Aos amigos que fiz no Fisk e no Conocer. Ao Valley. Ao Trapo. Aos amigos-presentes que à UFS me deu: Thaisa, Marvim, Karyo. Aos colegas de cursos (Enfermagem e Medicina) pela oportunidade de partilha e construção de caminhos em saúde. Às ligas de Psiquiatria (LAPSI) e de Saúde LGBT (LAS-LGBT).

Aos membros do NAIR/GEPPIP - em destaque Prof. Marcelo, Allisson, Carol, Rosi e Patrícia - pela construção de caminhos intersetoriais de atenção ao imigrante.

Aos funcionários do HU por todo apoio. O meu carinho à Simone, Adriano, Marcos, Maria, Valéria, Rosane e Leninha.

Aos mestres, que em suas diversas áreas e experiências, se mostram faróis. Eis que chego a este ponto por balizar-me em seus passos ora tão duros de educar. Àqueles que nos deixam saudosos das aulas como Profa. Cristiane, Miriam, Jonilson, Cleberton e Márcio André. Às Profa. Maria Pontes e Profa. Nathalia por me ensinarem o que é cuidado. Ao Prof. Rogério pela perspectiva da clínica ampliada. Aos professores Caetano, Marco Valadares, Sílvia, Emmanuel, Rosana, Roque, Antonio Junior, Julia e Pedro, por serem grandes inspirações profissionais.

À orientação do Professor Halley que adequou minhas ideias de forma tão animada e tranquila.

Aos pacientes. Por confiarem suas histórias, seus corpos, medos e alegrias a mim. Obrigada por me lembrarem da beleza do partilhar e de quão valiosas são as relações humanas.

À Universidade Federal de Sergipe, patrimônio do Estado e exemplo de Instituição de Ensino Superior Pública que resiste e luta. Eu amo minha casa. Sou UFS.

A bênção minha mãe, a bênção meu pai
A luta de vocês que de mim fez um samurai
De perceber que o amor é forte, sempre sobressai
E que somente quem pensa fora da caixinha
Vai buscar um lugar
Que possa ser feliz.

Rael

RESUMO

A migração forçada é um reconhecido determinante social, pois as condições que envolvem o processo migratório tendem a gerar vulnerabilidades e impactos na saúde pública nos países de origem e de destino. O objetivo deste estudo foi a caracterização sociocultural e a percepção do estudante de Medicina perante imigração, saúde e doença. Realizou-se um estudo transversal com estudantes de Medicina em uma Instituição de Ensino Superior do Estado de Sergipe, Brasil. A amostra do estudo foi composta por 144 alunos regularmente matriculados na Instituição. As variáveis foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As associações entre variáveis categóricas foram testadas por meio de teste Qui-Quadrado de Pearson. As correlações ordinais foram testadas pela correlação gamma. Houve significância em relação à percepção do conhecimento da legislação que garante acesso dos imigrantes aos serviços de saúde (p-valor <0,05). O perfil sociocultural discente aponta a necessidade de encorajar, no contexto acadêmico, práticas culturais integrativas e habilidades de comunicação, um contributo à formação cidadã e profissional. A Competência Cultural em Saúde se coloca como uma ferramenta que fortalece a tecnologia leve em saúde, a partir do intercâmbio entre profissionais e imigrantes no processo do cuidado em saúde.

Palavras-chave: imigração, saúde, competência cultural.

ABSTRACT

Forced migration is a recognized social determinant, because the conditions surrounding the migratory process tend to generate vulnerabilities and impacts on the public health on the countries of origin and destination. The objective of this study was the socio-cultural characterization and the perception of the medical student about immigration, health and disease. A cross-sectional study was carried out with medical students at a higher education institution of the State of Sergipe, Brazil. The study sample consisted of 144 students who were regularly enrolled in the institution. The variables were described by means of absolute frequency and relative percentage. The associations between categorical variables were tested using Pearson's chi-squared test. The ordinal correlations were tested by the gamma correlation. There was significance in relation to the perception of the knowledge of the legislation guaranteeing immigrant access to health services (P-value < 0.05). The student socio-cultural profile points to the need to encourage, in the academic context, integrative cultural practices and communication skills a contribution to citizen and professional training. The Cultural competence in health poses as a tool that strengthens light technology in health, from the exchange between professionals and immigrants in the health care process.

Headings: immigration, health, cultural competence

LISTA DE TABELAS

1 Perfil Social do Discente de Medicina, Aracaju/SE, 2019.....	44
2 Perfil Cultural do Discente de Medicina, Aracaju/SE, 2019.....	45
3 Percepção do Discente de Medicina sobre Imigração, Saúde e Doenças por Grupos de Estudo, Aracaju/SE, 2019.....	46
4 Autoavaliação Discente e Percepção sobre Imigração, Saúde e Doença, Aracaju/SE, 2019.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

CONARE – Comitê Nacional para Refugiados

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

HU – UFS – Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ONU – Organização das Nações Unidas

PF – Polícia Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 A Migração no Mundo.....	15
2.1.1 Dados sobre Migração.....	16
2.1.2Direitos Migratórios e Marcos Regulatórios. Legais.....	17
2.1.3 Direitos Migratórios no Brasil.....	18
2.2 Dinâmica Migratória e Saúde.....	20
2.2.1 Direito à Saúde.....	21
2.2.3 Saúde, doença e imigração.....	22
2.2.2 Risco à Saúde.....	23
2.3 Competência Cultural e Educação Médica.....	24
3 REFERÊNCIAS	26
4 ARTIGO ORIGINAL	31
4.1 Normas de Publicação da Revista.....	31
4.2Artigo.....	35
4.2.1Resumo.....	35
4.2.2 Abstract.....	35
4.2.2 Introdução.....	36
4.2.3 Metodologia.....	37
4.2.4 Resultados.....	37
4.2.5Discussão.....	38
4.2.6Conclusão.....	40
4.2.7 Referências.....	41
5 APÊNDICE A	44
6 APÊNDICE B	45
7 APÊNDICE C	46
8 APÊNDICE D	47
9 APÊNDICE E	48
10 APÊNDICE F	49
ANEXO A	51

1 INTRODUÇÃO

A mobilidade humana é um fenômeno histórico constitutivo das sociedades e configura-se a partir de cenários diferenciados que perpassam por fatores laborais, econômicos a deslocamentos forçados como catástrofes naturais, conflitos políticos e religiosos. No panorama da migração internacional, as principais categorias são refugiados, deslocados internos, retornados, solicitantes de refúgio e apátridas (GRANADA et al., 2017; DIAS; GONÇALVES, 2007).

Segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), nos últimos anos, elevados níveis de deslocamento têm sido registrados. Cerca de 68,5 milhões de pessoas têm se deslocado à força de seus países; destes 25, 4 milhões são refugiados, 10 milhões são apátridas e, aproximadamente, 45 mil pessoas no mundo se deslocam em virtude de conflitos e perseguições onde residem. A maioria dos refugiados no mundo é do Sudão do Sul, Afeganistão e Síria. (ACNUR, 2018).

Em relação ao Brasil, o complexo quadro migratório, segundo a literatura, é presente desde a formação do Estado Brasileiro – da imigração portuguesa, deslocamento forçado de africanos e ações políticas deterministas presente nas imigrações japonesa e italiana (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018; DANTAS, 2017). Apesar da pequena participação no mapa migratório internacional atual, o país exerce um papel de emigração e imigração importantes. Em 2017, cerca de 34 mil pessoas solicitaram refúgio cujos principais países de origem são Venezuela, Haiti, Senegal, Síria e Angola (ACNUR, 2018). Em Sergipe, entre 2017 e 2019, houve 36 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado por indivíduos oriundos do Afeganistão, Venezuela, Cuba, El Salvador, Marrocos e Suécia (BRASIL, 2019).

A circulação transnacional de pessoas gera impactos tanto nas populações imigrantes quanto autóctones, principalmente, em pequenas e médias cidades. Diferentes modos de vida, cultura, comportamentos coabitam o mesmo espaço e evidenciam disparidades sociais que demandam articulações intersetoriais e políticas relacionadas aos direitos humanos. (GRANADA, 2017; DIAS; GONÇALVES, 2007).

O fenômeno migratório é um dos determinantes mais relevantes da saúde global e do desenvolvimento social. O efeito da saúde nesse fenômeno é controverso. De um lado, o estado de saúde e a procura por cuidados em saúde são causas importantes de mobilidade. Por

outro lado, determinantes presentes no processo migratório, o tipo de mobilidade e o reconhecimento da posição social do imigrante - no país de destino - contribuem diretamente na maior vulnerabilidade a doenças e problemas de saúde (PADILHA *et al.*, 2013; DIAS; GONÇALVES, 2007).

No Brasil, a Lei de Migração (2017) enfatiza a garantia de direitos dos imigrantes – do acesso igualitário a bens e serviços públicos a garantia de liberdades civis, culturais, direito de associação, inclusive sindical. (BRASIL, 2017). Entretanto, o não reconhecimento desses direitos, as dificuldades de integração, barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde são impeditivos a concretização da cidadania, notadamente, a cidadania da saúde dos utentes imigrantes (PADILHA *et al.*, 2013; OLIVEIRA, 2017).

A oportunidade de pluralização da sociedade torna-se aquém do esperado diante do limitado conhecimento legislativo sobre imigração e de sua aplicabilidade por parte dos profissionais de saúde. Somam-se a isso, comportamentos em saúde que refletem pouca preparação em termos de cuidados com a diversidade cultural dos usuários. A equidade em saúde deve ser fomentada a partir de políticas intersetoriais e pela sensibilização profissional à pluralidade e contextos internacionais. (PADILHA *et al.* 2013; DIAS; GONÇALVES, 2007; DANTAS, 2017). A literatura aponta poucas experiências realizadas nas universidades e pouco conhecimento em competência cultural ao final da formação médica. (SOLER-GONZALEZ; RODRIGUEZ-ROSICH; MARSAL-MORA, 2014; OSORIO-MERCHÁN; DÍAZ, 2008).

A avaliação da compreensão sobre dinâmicas migratórias e seu impacto na saúde e na formação do estudante de Medicina é escopo deste estudo. Dessa forma, torna-se pertinente considerar as especificidades em saúde de populações migrantes em Universidades e espaços de trocas de saberes visando o desenvolvimento de uma sociedade efetivamente plural e integradora.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Migração no Mundo

A mobilidade humana é um fenômeno histórico constitutivo das sociedades e configura-se a partir de cenários diferenciados. A complexidade do fluxo migratório contemporâneo atinge “todos os continentes, classes sociais, gêneros, etnias/raças, gerações” e as motivações perpassam desde os conflitos armados e políticos a desastres ambientais e busca por melhores condições de vida (VENTURA, 2018).

Pressupõe-se que toda migração é um ato voluntário, porém a noção de migração voluntária é compreendida através dos fluxos econômicos, em razão do aperfeiçoamento profissional e reunião familiar. A migração forçada, por sua vez, configura-se como um problema político internacional pela existência de violências e violações dos direitos humanos que impele as pessoas a recorrerem à proteção internacional (LIMA, 2017).

A migração forçada é um reconhecido determinante social, pois as condições que envolvem o processo migratório tende a gerar vulnerabilidades e impactos na saúde pública nos países de origem e de destino. Os estudos de desigualdade social devem, por sua vez, se debruçar sobre a interação dinâmica das diversas categorias sociais que coexistem no processo migratório. (PEDRERO; BERNALES; PEREZ, 2018; CABIESES, 2014).

No panorama da migração internacional, as principais categorias de migração forçada são refugiados, deslocados internos, retornados, solicitantes de refúgio e apátridas (GRANADA et al., 2017; DIAS; GONÇALVES, 2007). O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) atribui a situação de refúgio àqueles que estão fora do país de origem por temores persecutórios relacionados à raça, religião, grupo social, bem como àqueles que foram obrigados a deixar seus países por conflitos armados e graves violações dos direitos humanos. Os deslocados internos possuem as mesmas condições de refúgio, mas não atravessam fronteiras internacionais e permanecem no país que, muitas vezes, gera as situações de violências e violações (ACNUR, 2018).

Os indivíduos retornados ou repatriados solicitam voluntariamente o retorno aos seus países de origem. Já os solicitantes de refúgio são aqueles que se encontram em situação migratória regular – através de Documento Provisório de Registro Migratório -, mas

aguardam reconhecimento da situação de refúgio pelo Comitê Nacional para Refugiados (CONARE). Os apátridas são pessoas que não possuem nacionalidade reconhecida por nenhum país – portanto, há a ausência de direitos civis - devido a conflitos de leis entre países, motivos étnico-religiosos e discriminação contra minorias. No Brasil, está previsto em lei a possibilidade de obter a nacionalidade brasileira (ACNUR, 2018; BRASIL, 2018).

2.1.1 Dados sobre Migração

Segundo o ACNUR, nos últimos anos, elevados níveis de deslocamento têm sido registrados. Cerca de 68,5 milhões de pessoas têm se deslocado à força de seus países, destes 25,4 milhões são refugiados, 12 milhões são apátridas. A maioria dos refugiados no mundo – cerca de 60% - é do Sudão do Sul, Afeganistão e Síria. (ACNUR, 2019).

O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados aponta que nos últimos 10 anos os números de refugiados no mundo aumentou em 50%; destes, pouco mais da metade são crianças expostas a abusos, exploração e riscos à saúde (ACNUR, 2019; CASTAGLIONE, 2018).

A América Latina, apesar não ser a principal rota de imigração, tem estabelecido uma boa reputação mundial na questão da acolhida e da concessão de asilo (NASCIMENTO; ROBERTO, 2016). A ACNUR aponta aumento aproximado de 136% do fluxo migratório para a América Latina no período de 2016 a janeiro de 2018 (ACNUR, 2016; 2019).

Em relação ao Brasil, tido como país de trânsito e de transito, os imigrantes correspondem “a menos de 1% do total da população” (DELFIM, 2019; CABIESES, 2014; ACNUR, 2019). Em 2018, o Brasil registrou mais de 10 mil refugiados e 157 mil solicitantes de refúgio – a maioria concentrada nos grandes centros urbanos (ACNUR, 2019). A procedência dos imigrantes corresponde a cerca de 100 nacionalidades distintas – destacam-se venezuelanos, haitianos, cubanos e chineses como principais países de origem dos imigrantes solicitantes de refúgio. Em relação aos perfis migratórios - baseado em estudo entre 2010 e 2015 – observa-se o predomínio de imigrantes homens e em idade produtiva, entre 18 a 59 anos (AGUIAR; MOTA, 2018).

O fluxo migratório tradicional nas regiões Sul e Sudeste passa a dividir espaço com a região Norte – principalmente após a crise político-econômica na Venezuela – e, em menor

grau, a região Nordeste. O Estado de Sergipe, segundo dados do Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possuía 0,03% (580) de sua população total composta por estrangeiros. Em maio de 2019 – através de informações da Polícia Federal – o número de imigrantes com registros ativos em Sergipe correspondia a 0,09% (2155) do total de sua população (BRASIL, 2017; POLÍCIA FEDERAL, 2019).

Apesar do pequeno número de imigrantes em comparação a outras Unidades da Federação, é fortemente percebida a presença de imigrantes chineses, 63 registros ativos, no centro da capital do Estado – que comercializam bens de consumo e alimentos. E recentemente, observou-se o processo de interiorização de imigrantes venezuelanos, totalizando 132 residentes ativos no Estado (GOES, 2015; POLÍCIA FEDERAL, 2019).

Há escassez de dados sobre o processo migratório – seja epidemiológico, sistema sanitário e saúde pública – tanto nos países de origem do imigrante quanto na América Latina, em especial no nordeste brasileiro, o que reflete no conhecimento deficiente acerca das dinâmicas de saúde e doença. A dificuldade de mensuração e caracterização da população imigrante infere a ineficácia “dos marcos regulatórios internacionais” e a inequidade em saúde (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013; CABIESES, 2014; URRUTIA-ARROYO, 2018).

2.1.2 Direitos humanos e Marcos Regulatórios Legais

Ao final da Segunda Guerra Mundial, na segunda metade do século XX, viu-se a necessidade de estruturar – via mecanismos jurídicos – o direito do ser humano à vida, à liberdade (CASTAGLIONE, 2018). A proteção da pessoa em nível do Direito Internacional divide-se em Direito Internacional dos Direitos Humanos, Direito Humanitário e o Direito Internacional dos Refugiados (NASCIMENTO; ROBERTO, 2016).

Tendo em vista a necessidade de proteção e de garantias aos imigrantes, diversos órgãos e aparatos jurídicos foram criados ao longo das últimas décadas. De acordo com Nascimento e Roberto (2016), a Declaração de Direitos Humanos, elaborada em 1948, assinala uma das primeiras proteções referente ao asilo. Em seu Art. 14º assegura ao indivíduo vítima de perseguição o asilo em outros países (ASSEMBLEIA GERAL DA ONU, 1948).

Em 1951, durante a Convenção de Genebra da ONU, criou-se o Estatuto dos Refugiados como um importante exemplo, segundo Ventura (2018) de aparato jurídico de regulação do fluxo migratório e que visa a garantir os direitos humanos. Destaca-se nesta Convenção, o princípio de “non-refoulement” que indica que os países signatários não podem devolver ou expulsar os refugiados para áreas de risco à vida e à liberdade (VENTURA, 2018; ACNUR, 1951).

Os refugiados devem ter os mesmos direitos e a mesma assistência básica recebida por qualquer outro estrangeiro que resida legalmente no país de acolhida, entre eles direitos civis básicos (como liberdade de pensamento e deslocamento, propriedade e não sujeição à tortura e a tratamentos degradantes) e direitos econômicos e sociais (como assistência médica, direito ao trabalho e educação para as crianças). Os refugiados têm também obrigações, entre elas o cumprimento das leis e o respeito aos costumes do país onde se encontram. (ACNUR, 2018, p. 7).

Na América Latina, a formulação da Declaração de Cartagena, em 1984, reiterou a Convenção de Genebra. Esta declaração configurou-se como um importante documento no Direito Internacional dos Refugiados ao ampliar a condição de refúgio para toda situação que viole maciçamente os direitos humanos. Além disso, visava fortalecer programas e projetos que favorecessem a autossuficiência de refugiados (BARRETO, 2010). Dez anos mais tarde, em 1994, a Declaração de São José aprimorou o conceito de refúgio, destacando as condições de deslocamento forçado que apresentam condições de vida semelhantes às que propiciam fluxos de refúgio (NASCIMENTO; ROBERTO, 2016).

2.1.3 Direitos migratórios no Brasil

A história do refúgio no Brasil e das dinâmicas de proteção e/ou amparo legal cursa com um período político de inúmeros conflitos na região da América Latina. O país aderiu a Convenção de Genebra no ano de 1960, mas desenvolveu sua política internacional para refugiados somente duas décadas pós-adesão à Convenção, em razão do período ditatorial vigente (BARRETO, 2010).

Nesse período, a Igreja Católica - através da Cáritas, organização presente em todo mundo que atua na proteção dos direitos humanos - assumiu a tarefa de regularizar a saída de

brasileiros para o exterior e de acolher pessoas perseguidas do Chile, Argentina e Uruguai através de recursos próprios. Até hoje, a Cáritas configura como uma das grandes responsáveis pela boa política que o Brasil possui em nível de recepção e assistência a refugiados (BARRETO, 2010).

Em 1980 - ainda sob a ditadura militar - foi promulgada a Lei nº 6.815, conhecida como Estatuto do Estrangeiro. A lei vigorou até 2017 e regulava as migrações no país com um caráter restritivo e nacionalista, relativizando o estrangeiro a partir de perspectivas políticas e socioeconômicas. A postura adotada pelo Governo impunha uma reserva geográfica, pois “considerava como refugiados apenas os refugiados europeus” (NASCIMENTO; ROBERTO, 2016; BARRETO, 2010, p. 18).

A partir da redemocratização, o Brasil aderiu plenamente à Declaração de Cartagena e permitiu acesso de imigrantes independente de sua origem. Em 1997, redigida em parceria com o ACNUR e a sociedade civil, criou-se a Lei nº 9474 ou o Estatuto dos Refugiados. Tal Estatuto – que coexistia com o Estatuto do Estrangeiro – ampliou o conceito de reconhecimento do refúgio, além do previsto nas convenções internacionais e criou um órgão multiministerial e intersetorial para regular políticas públicas relacionadas ao refúgio. (ACNUR, 2018; BARRETO, 2010).

O Comitê Nacional para Refugiados (CONARE) consiste em um órgão tripartite e misto, ou seja, público-privado, composto pelos Ministérios da Justiça (que o preside), Ministério das Relações Exteriores, Trabalho e Emprego, Saúde e da Educação. Além da Cáritas Arquidiocesanas do Rio de Janeiro e de São Paulo, como representantes da sociedade civil organizada e a ACNUR – representando as Nações Unidas – e sem poder de voto (ACNUR, 2019).

Mesmo sendo considerada uma das leis mais modernas e abrangentes, a intensa migração haitiana, a partir de 2010 decorrente do terremoto ocorrido neste país, trouxe a necessidade de discutir o refúgio por motivação não política e as dificuldades acerca do acolhimento, atitudes discriminatórias e dificuldades de integração (VENTURA, 2018; BARRETO, 2010).

A sociedade civil mobilizou-se em prol de uma nova lei ainda mais abrangente no reconhecimento do refúgio e da garantia dos direitos humanos (VENTURA, 2018). Em novembro de 2017, foi sancionada a Lei nº 13.445/2017, a Lei de Migração.

Ao contrário do estatuto antecessor, a Lei de Migração vê o migrante como um sujeito com direitos e deveres. Ela está alinhada à Constituição de 1988 e atribui aos migrantes direitos como acesso a saúde, educação, justiça e programas sociais. É também a primeira legislação migratória brasileira que contempla o tema dos cidadãos brasileiros que vivem no exterior. Embora seja considerada um avanço social, a Lei de Migração é criticada por alguns setores conservadores da sociedade brasileira, que creem que a lei atual compromete a soberania nacional. (DELFIM, 2019, p.18).

2.2 Dinâmica migratória e saúde

A formulação de diversos estudos sobre a saúde do imigrante denota a importância da saúde como um dos principais indicadores de “integração das comunidades não autóctones”, bem como o nível de adequação dos sistemas sanitários dos países que recebem imigrantes e/ou refugiados. Limitações no acesso aos serviços de saúde refletem a ineficácia destes serviços – seja pelo despreparo dos profissionais de saúde ou pelo sistema burocrático (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

Os desdobramentos do panorama migratório atual impactam nos contextos de sistemas sanitários devido aos estereótipos criados em torno da pessoa migrante, seja pelos traços fenotípicos ou lugar de origem (URRUTIA-ARROYO, 2018). A princípio, a migração não constitui um risco de saúde. Como Castiglione (2018) aponta, é preciso ter em mente que os riscos e desfechos de saúde envolvem as dinâmicas migratórias, a fronteira entre os países, a permanência em campos de refugiados, centros de detenção e deportação.

Um tema pouco explorado é a migração temporária de pessoas que buscam atendimento, principalmente em áreas transfronteiriças (ZASLAVSKY; GOULART, 2017). Essa modalidade migratória permite exemplificar que o impacto na saúde dos indivíduos pode ser positivo, por vezes negativo ou neutro. Embora a parte expressiva das produções científicas evidenciem a redução de acesso, a descontinuidade do cuidado e os diagnósticos tardios na saúde da população migrante, migrações podem exercer um fator protetor importante da saúde. (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

Em relação às experiências negativas da população imigrante, aponta Bas-Sarminento (2015) que as barreiras linguísticas, os desconhecimentos de legislação e dos requisitos administrativos são as principais dificuldades encontradas para o cuidado adequado em saúde.

Ressalta Zaslavsky e Goulart (2017) que - no âmbito da saúde pública no Brasil - documentos como cartão do SUS, comprovante de residência e documento de identidade podem ser requeridos, o que gera incerteza de receber atendimento na ausência destes documentos seja para povos transfronteiriços, deslocados internos, imigrantes e refugiados.

2.2.2 Direito à saúde

O país de origem das pessoas em situação de refúgio torna-se incapaz de assegurar direitos humanos básicos. Um dos pilares destes direitos perpassa pela garantia do acesso aos serviços de saúde (ACNUR, 2019). As leis e declarações supracitadas reiteram a necessidade de fortalecer a assistência em saúde de forma semelhante às populações autóctones dos países.

Cabe salientar o artigo 23º do Estatuto dos Refugiados da ONU que declara que os países signatários deste documento “darão aos refugiados que residam regularmente no seu território, o mesmo tratamento em matéria de assistência e de socorros públicos que é dado aos seus nacionais.” (ACNUR, 1951).

A nova legislação brasileira de migração alinha-se tanto à Constituição de 1988 quanto aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando o princípio da Universalidade, no qual, saúde é direito de todos e seu acesso universal e igualitário (BRASIL, 1990). Configura na Carta Magna em seu Art. 5º que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.” (BRASIL, 1988).

A não universalização e não efetivação dos direitos nacionais aos imigrantes denotam a insuficiência das políticas migratórias e denunciam as violações dos direitos humanos levando a refletir sobre o valor ético do acesso à saúde como um dos componentes fundamentais para cidadania e a justiça social.

Alguns desafios são apontados: a sustentabilidade do sistema de saúde nacional, o efetivo acesso à atenção integral de saúde de nacionais e imigrantes; os meios e recursos adequados para o enfrentamento das doenças transmissíveis e não transmissíveis de impacto local e global; captação e alocação de recursos para pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico que atendam à maioria da população mundial. (VENTURA, 2018, pp.1-2)

2.2.3 Saúde, doença e imigração

A dinâmica migratória denota mudanças no estilo de vida, adaptação a novos hábitos, afastamento familiar e sociocultural que podem impactar a saúde dos imigrantes (AGUIAR; MOTA, 2018). O binômio imigração-saúde reflete uma situação de desigualdades sociais devido à vulnerabilidade socioeconômica e maior dificuldade de acesso a serviços sanitários (GISTAU, 2012). A compreensão do fenômeno migratório envolve a produção social, o trânsito das corporeidades e identidades, além das dimensões territoriais e legais.

A dimensão ontológica da migração precisa ser investigada em suas implicações territoriais, contribuindo assim para uma perspectiva abrangente e compreensiva da migração e da mobilidade. (MARANDOLA JR; DAL GALLO, 2010, p. 419).

Experiências em Saúde apontam a fragilidade estrutural de acordos humanitários no campo da saúde. Países como Estados Unidos, Canadá e Itália, segundo Aguiar e Mota (2018), possuem protocolos para rastreamento de doenças infectocontagiosas, parasitárias e sexualmente transmissíveis para imigrantes recém-chegados. Estas orientações de cunho higienista potencializam o preconceito e a discriminação destas populações migrantes e reforçam os entraves aos serviços de saúde.

Uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo (região Sudeste do Brasil) aponta que pouco mais de 64% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizaram atendimentos a imigrantes e refugiados no ano de 2015. Dentre as dificuldades encontradas nos atendimentos, destacam-se as barreiras linguísticas, diferenças culturais - incluindo práticas discriminatórias - excessiva carga laboral que impossibilita acesso, falta de histórico de saúde e a falta de documentos (BAS-SARMIENTO, 2015; SILVEIRA, GOLDBERG, COVIELLO, 2018).

Há segmentação das ações de saúde e a ausência de políticas que incorporem a totalidade dos problemas ocasionados pela dinâmica migratória, que volta ações em medidas focais, por exemplo, de controle de tuberculose, gripe e outras doenças infectocontagiosas. A articulação do eixo saúde-doença-imigração em modelos de cuidado que identifiquem as necessidades preexistentes no processo migratório entre os países de origem, trânsito e destino apresentam-se como um caminho oportuno para minimizar dificuldades e riscos em saúde (SILVEIRA, 2014).

2.2.4 Risco em saúde

A imigração forçada é reconhecida como um determinante social de saúde (DSS)– ou seja, fator socioeconômico que interfere na saúde – e as condições do processo migratório favorecem as vulnerabilidades sociais. Os DSS incluem o nível contextual (político-cultural), a posição econômica (nos países de partida e acolhida) e as dimensões de gênero, etnia, nível educacional, dentre outros (CABIESES, 2014).

Aponta Bas-Sarmiento (2015) que o risco em saúde dos imigrantes envolve as barreiras existentes nos sistemas sanitários por sua falta de sensibilidade e adaptação a um público diverso e multicultural. Torna-se um requisito importante - para minimizar riscos - o conhecimento das complexas relações entre fatores socioeconômicos, migração e implicações em saúde (CABIESES, 2014).

Dentre a prevalência de doenças físicas e psicológicas, apontam-se as condições de vida e doença nos países de origem; isolamento social, discriminação racial e o “reduzido estatuto socioeconômico”. Salienta-se também que a ausência de suporte social, exposição à violência e acesso desigual aos serviços afetam diretamente nas taxas de mortalidade fetal e neonatal das populações migrantes (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

Ao longo da dinâmica migratória, alguns riscos diretos e indiretos para saúde podem ser observados: nos países de origem, os conflitos e perseguições, as condições econômicas desfavoráveis são importantes determinantes; as circunstâncias adversas durante o período de transição migratória; e a gestão de acolhida nos países de trânsito e de chegada que pode implicar detenções, repatriação forçada, situação de rua e precariedade sanitária de assentamentos; violências e até criminalização midiática (RODRIGUEZ-GARCÍA-DE-CORTÁZAR, 2018).

2.3 Competência cultural e Educação Médica

A compreensão sobre cultura torna-se um viés importante para preencher as lacunas da assistência equânime e universal. Topa, Neves e Nogueira (2013) apontam que o caminho para minimizar as principais dificuldades levantadas pelos imigrantes relacionadas à assistência de saúde perpassa por uma formação dos profissionais pautada nas competências multiculturais.

A cultura pode ser definida como um conjunto de elementos pelos quais os indivíduos definem sua visão de mundo e se expressam. Os elementos – crenças, leis, costumes e tradições – são transmitidos historicamente e geograficamente, portanto, ao considerar a cultura de outrem, se valida outra forma de interpretar a realidade simbolicamente (PEDRERO; BERNALES; PÉREZ, 2018). O processo saúde-doença – enquanto construção sociocultural – possibilita a troca entre indivíduos a respeito das expectativas e percepções do cuidado em saúde ao partir do princípio de que o pertencimento a determinado grupo social influencia a compreensão deste cuidado (ROJAS, 2017; PEDRERO; BERNALES; PÉREZ, 2018).

Abordada por diferentes nomenclaturas - multiculturalismo, interculturalidade ou competência cultural – o conceito transita em torno da relação de saberes culturais, educativos e de saúde para combate de relações assimétricas e discriminatórias. Neste trabalho, adotou-se o termo competência cultural pelo sentido denotativo de agrupar conhecimento, habilidade e atitude perante a cultura e a saúde e que pode ser utilizado na formação em saúde. Trata-se de um conjunto de ações que visam incorporar a cultura do paciente e associar políticas de saúde para superar inequidades. (URRUTIA-ARROYO, 2018). Essas ações permitem incorporar diferentes contextos, promover interações específicas com cada usuário e garantir maior inserção nos espaços de saúde (ROJAS 2017; PEDRERO; BERNALES; PÉREZ, 2018).

A competência cultural, segundo Gonçalves e Matos (2016, p. 630) pode ser definida a partir de um processo contínuo para alcançar a “capacidade de trabalhar de forma eficaz e congruente com o contexto cultural do cliente”. Essa capacidade reflete as atitudes, crenças e conhecimentos culturais, além da competência prática e organizacional.

Os desafios encontrados pelos serviços sanitários cursam com os escassos estudos sobre a segurança dos profissionais em suas intervenções perante populações culturalmente diversas (GONÇALVES; MATOS, 2016). Além de configurar um desafio para gestão sanitária, há a necessidade de uma formação profissional que abarque as demandas sociais distintas que coexistem em determinado território (RODRIGUEZ-MARTIN, 2015; OLIVA, 2015). A formação voltada para as competências culturais coloca-se como uma alternativa importante frente ao despreparo em atuar com populações migrantes - que tende a reforçar constrangimentos - e à necessidade de minimizar dificuldades relatadas pelos imigrantes (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

A história da Medicina desenvolve-se paralelamente a história da humanidade, refletindo avanços científicos e tecnológicos, disputas ideológicas e intercâmbios culturais.

Assim, Oliva (2015) destaca que o desenvolvimento das competências na formação do médico e a aplicação dos conhecimentos adquiridos estabelecem uma “relação sistêmica entre problemas profissionais, esferas de atuação e modos de atuação.” Há certa preocupação de que a preparação profissional responda adequadamente aos interesses sociais – das exigências da prática social aos imperativos éticos e epistemológicos (ESPINOSA, 2015).

Em relação à formação médica, Rojas (2017) destaca que a aproximação curricular com disciplinas de Humanidades, a respeito das Ciências Sociais, permitiria a flexibilidade e a eficácia de cuidado a diferentes grupos e comunidades. A gestão de recursos humanos na saúde deve preparar o indivíduo para sua inserção sócio-política, na qual o desempenho laboral – modos de atuação, conhecimento e habilidades - está consonante ao papel de agente de transformação social (RODRÍGUEZ-GARCÍA-DE-CORTÁZAR, 2018; ESPINOSA, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACNUR. Alto comissariado das Nações Unidas para refugiados. **Protegendo refugiados no Brasil e no mundo**. 2018. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Protegendo-Refugiados-no-Brasil-e-no-Mundo_ACNUR-2018.pdf Acesso em: 18 abr. 2019.

ACNUR. Alto comissariado das Nações Unidas para refugiados. **Protegendo refugiados no Brasil e no mundo**

ACNUR. Alto comissariado das Nações Unidas para refugiados. **Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados**. 1951. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf. Acesso em: 26 maio 2019.

ALIAGA, J. D. J. et al. **La multiculturalidad como enfoque para la educación médica superior**. Multimed. v. 19, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/477>. Acesso em: 18 abr. 2019.

ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 05 maio 2019.

BAS-SARMIENTO, P. **Percepción y experiências em el acceso y el uso de los servicios sanitários em población inmigrante**. Gac. Sanit. v. 29, n. 4, pp. 244–25, 2015. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S021391111500062X?token=7EBEDA87AC8E832C08EF717330866EC7ACAAAF178EDE1B517E9DF65F4A066EFD6D64324AAB0DB79CB75BFA617A5A2A019>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BARRETO, L. P. T. F. (Org.) **Refúgio no Brasil: a proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas Américas**. Brasília: ACNUR, Ministério da Justiça, 2010. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Ref%C3%BAgio-no-Brasil_A-prote%C3%A7%C3%A3o-brasileira-aos-refugiados-e-seu-impacto-nas-Am%C3%A9ricas-2010.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jun. 2019.

_____. **LEI Nº 8.080**, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jun. 2019.

_____. **LEI 13.445**, DE 24 MAIO DE 2017. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.ht. Acesso em: 26 maio 2019.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/pesquisa/10053/59645>. Acesso em: 21 ago. 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Refúgio em Números**. 4º Ed.. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros>. Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **1990 a 2019 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado**. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/anexos/1990-a-2019-solicitacoes-de-reconhecimento-da-condicao-de-refugiado.xlsx/view>. Acesso em: 26 maio 2019.

CABIESES, B. **La Compleja Relación Entre Posición Socioeconómica, Estatus Migratorio y Resultados de Salud**. Value in health regional. pp. 1-6, 2014. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2212109913001519?token=4A2B74A02F8B3E1AD1B1A28E60E11AB1A09F70C5E193B1DF9628B95619A29942855BA18AABE61258BAD5FE97EDDC7F2D>. Acesso em: 20 abr. 2019.

CASTIGLIONE, D. P. **Políticas de fronteiras e saúde de populações refugiadas**. Cad. Saúde Pública. v. 34, n.4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00006018.pdf>. Acesso em 11 abr. 2019.

DECLARAÇÃO DE CARTAGENA. Colômbia, 1984. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Declaracao_de_Cartagena.pdf. Acesso em: 25 maio 2019.

DIAS, S. et al. **Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: A Perspectiva dos Profissionais de Saúde**. Acta Med Port. v.24, n. 4, p. 511-516, 2011. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/issue/view/17>. Acesso em: 24 mar. 2019.

ESPINOSA, A. L. et al. **Necesidad social de la formación de la cultura ambiental en la carrera de Medicina**. Multimed. Revista Médica online. v. 19, n. 6. 2015. Disponível em: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/440/698>. Acesso em: 10 abr. 2019.

GISTAU, J. L. et al. **Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales**. Atención Primaria; v. 44, n.2, pp. 82-88, 2012. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656711000655>. Acesso em: 20 abr. 2019.

GOES, A. G. S. **A imigração chinesa em Aracaju: percursos e discursos de uma presença em construção**. Revista TOMO. n. 26, 2015. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/4410>. Acesso em: 22 ago. 2019.

GONÇALVES, M.; MATOS, M. **Competência Cultural na Intervenção com Imigrantes: Uma Análise Comparativa entre Profissionais da Saúde, da Área Social e Polícias.** Acta Med Port. v. 29, n.10, pp. 629-638, 2016. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7121>. Acesso em: 10 abr. 2019

GONDIM, S. M. G. et al . **Imigração e Trabalho: Um Estudo Sobre Identidade Social, Emoções e Discriminação Contra Estrangeiros.** Psicol. pesq., Juiz de Fora, v. 7, n. 2, pp. 151-163, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472013000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2019

GOULART, B. G.; LEVEY, S.; RECH, R. S. **Competências em multiculturalismo, assistência à saúde e transtornos de comunicação.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 4, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n4/e00217217/en>. Acesso em: 10 abr. 2019.

LIMA, J. B. B. et al. **Refúgio no Brasil : caracterização dos perfis sociodemográficos dos refugiados (1998-2014).** Brasília: IPEA, pp-234, 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/170829_Refugio_no_Brasil.pdf. Acesso em: 21 ago. 2019.

MARANDOLA JR., E.; DAL GALLO, P. M. **Ser migrante: implicações territoriais e existenciais da migração.** Rev. bras. estud. popul., São Paulo, v. 27, n. 2, pp. 407-424, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n2/10.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

NASCIMENTO, D. B.; ROBERTO, W. M. **A diáspora síria: da internacionalização do conflito interno ao tratamento jurídico dispensado pelo estado brasileiro aos Migrantes.** Barbarói, Santa Cruz do Sul. n.47, pp. 78-89, 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9572/6000>. Acesso em: 20 abr. 2019.

OLIVA, M. A. et al. **Filosofía y Sociedad en el desarrollo de las competencias en la formación del médico.** Edumecentro. v. 7, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/532>. Acesso em: 18 abr. 2019

PADILHA, B. **Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal.** Rev. Inter. Mob. Hum., Brasília, Ano XXI, n. 40, p. 49-68, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/04.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019.

PEDRERO, V.; BERNALES, M.; PÉREZ, C. **Migración y competencia cultural: un desafío para los trabajadores de salud.** Rev. Med. Clin. Condes, v. 29, n. 3, pp. 353-359, 2018. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864018300658?token=95E5CFA9CF18FC1FF>

459989CC57BCB2EA1ABF63962ABCBE732A4F45B5E2C4D54525758326012D65303869B1F97084FF. Acesso em: 20 abr. 2019.

POLÍCIA FEDERAL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Imigração Venezuela/Brasil**. 2019. Disponível em: <http://www.pf.gov.br/servicos-pf/imigracao/apresentacao-policia-federal-ate-maio-de-2019>. Acesso em: 22 ago. 2019.

RAMOS, N. **Comunicação em saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde**. In Rangel, Maria Ligia; Ramos, Natália, org.- “Comunicação e saúde [Em linha]: perspectivas contemporâneas”. Salvador: EDUFBA, ISBN 978-85-232-1625-2. pp. 149-172, 2017.

RODRIGUES, R.; DIAS, S. **Encontro com a diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes**. Forum Sociológico [Online], v. 22, 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/sociologico/583#quotation>. Acesso em: 25 mar. 2019.

RODRÍGUEZ-GARCÍA-DE-CORTÁZAR, A. et al. **Salud Pública (también) para las personas migrantes y refugiadas en Europa**. Gaceta Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, Espanha. v. 32, pp. 111-113, 2018. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911117301413?token=8D4138564F6483A512B9E51F5165F499ECAB7D947C04BD2C80EF44FE07BAA3CA7C0C88634B7AF73C8EE7E9196DEF19C3>. Acesso em: 20 abr. 2019.

RODRIGUEZ-MARTIN, B. **Desafíos y oportunidades de las situaciones de contacto cultural en el ámbito sanitario**. Index Enferm, Granada, v. 24, n. 4, pp. 227-231, 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2019.

ROJAS, Y. C. **Necesidad social de la cultura socio-médica del especialista en medicina general integral desde la superación profesional**. MULTIMED [revista en Internet]. v. 19, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/478>. Acesso em: 18 abr. 2019.

SILVEIRA C. et al. **Processos migratórios e Saúde: uma breve discussão sobre abordagens teóricas nas análises em saúde dos imigrantes no espaço urbano**. In: MOTA, A.; MARINHO, G. S. M.C. (eds). Saúde e História de Migrantes e Imigrantes. Direitos, Instituições e Circularidades. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/Universidade Federal do ABC/Casa de Soluções e Editora. v. 5, pp. 93-108, 2014. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/32180?show=full>. Acesso em: 23 ago. 2019.

SILVEIRA, C. et al. **Health workers' place in studies on international migratory processes and health**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001004001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SILVEIRA, C.; GOLDBERG, A.; COVIELLO, D. M.. (Org.). **Migração, refúgio e saúde**. Santos: Editora Leopoldianum, v. 1, pp. 181-191, 1ed. 2018.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. **Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde**. Saúde E sociedade. São Paulo , v. 22, n. 2, p. 328-341, 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2019.

URRUTIA-ARROYO, R. H. **Percepciones sobre la educación intercultural y relación médico-paciente inmigrante en médicos de Chile**. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. v. 35, n.2, pp.205-213, 2018. Disponível em:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342018000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2019.

VENTURA, M. **Imigração, saúde global e direitos humanos**. *Cad. Saúde Pública* 2018; v. 34, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00054118.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

WERMUTH, M. A. D.; NIELSSON, J. G. **Direitos humanos e políticas migratórias na contemporaneidade**. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.47, 2016. Disponível em:
<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9566/5998>. Acesso em: 29 abr. 2019

ZASLAVSKY, R.; GOULART, B. N. G. **Pendulum migration and healthcare in border área**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, pp. 3981-3986, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021203981&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2019.

3. ARTIGO ORIGINAL

3.1 Normas de Publicação da Revista

Physis: Revista de Saúde Coletiva, revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), tem por objetivo geral divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

Instruções para encaminhamento de textos:

O processo de submissão é feito apenas online, no sistema ScholarOne Manuscripts, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário se cadastrar no sistema, fazer o login, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação a partir de 2018 (inclusive) deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID, <https://orcid.org/>) ao seu perfil no ScholarOne e informa-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).

Os artigos devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. Resumos são considerados separadamente. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.

Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item Agradecimentos, ao final do artigo ou em nota de fim.

Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos nas etapas indicadas do processo de submissão (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, após as referências (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um até 200 palavras, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de 3 a 5 palavras-chave em português e inglês. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em Word ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em Photoshop ou Corel Draw ou similar. Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "image", "figure" ou "table", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível. Não há restrições quanto ao número de notas.

As referências devem seguir a NBR 6023 da ABNT (de agosto de 2002). No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Os trabalhos publicados em Physis estão registrados sob a licença Creative Commons Attribution CC-BY. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista Physis. Quando da reprodução dos textos publicados em Physis, mesmo que parcial e para uso não comercial, deverá ser feita referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "supplemental file not for review", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "Cover letter".

Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a Physis, o número máximo de autores está limitado a quatro, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição substancial.

As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme o International Committee of Medical Journal Editors. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de coautoria.

Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado.

Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "Cover letter".

A Revista Physis não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos.

Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo em inglês também, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de Physis), e os custos de tradução correrão por conta do autor.

A revista adota sistema de detecção de plágio.

Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.

Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais. Enviar no sexto passo do processo de submissão, indicada como "supplemental file not for review".

A contribuição de cada autor para o artigo/a resenha _____ foi a seguinte:

autor 1 (0000-0000-0000-0000)*: (atividades desempenhadas)

autor 2 (0000-0000-0000-0000)*: (atividades desempenhadas)

autor n (0000-0000-0000-0000)*: (atividades desempenhadas)

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de Physis: Revista de Saúde Coletiva, concordo (amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista e, em caso de reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, farei (emos) constar os respectivos créditos.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

PERCEPÇÃO DO DISCENTE DE MEDICINA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO IMIGRANTE

Ana Izabel Nascimento Souza

Halley Ferraro Oliveira

Conflito de Interesse

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesse no presente estudo.

Fontes de Financiamento

Este estudo foi financiado através de recursos próprios dos pesquisadores.

RESUMO

A migração forçada é um reconhecido determinante social, pois as condições que envolvem o processo migratório tendem a gerar vulnerabilidades e impactos na saúde pública nos países de origem e de destino. O objetivo deste estudo foi a caracterização sociocultural e a percepção do estudante de Medicina perante imigração, saúde e doença. Realizou-se um estudo transversal com estudantes de Medicina em uma Instituição de Ensino Superior do Estado de Sergipe, Brasil. A amostra do estudo foi composta por 144 alunos regularmente matriculados na Instituição. As variáveis foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As associações entre variáveis categóricas foram testadas por meio de teste Qui-Quadrado de Pearson. As correlações ordinais foram testadas pela correlação gamma. Houve significância em relação à percepção do conhecimento da legislação que garante acesso dos imigrantes aos serviços de saúde (p-valor <0,05). O perfil sociocultural discente aponta a necessidade de encorajar, no contexto acadêmico, práticas culturais integrativas e habilidades de comunicação, um contributo à formação cidadã e profissional. A Competência Cultural em Saúde se coloca como uma ferramenta que fortalece a tecnologia leve em saúde, a partir do intercambio entre profissionais e imigrantes no processo do cuidado em saúde.

Palavras-chave: imigração, saúde, competência cultural.

ABSTRACT

Forced migration is a recognized social determinant, because the conditions surrounding the migratory process tend to generate vulnerabilities and impacts on the public health on the countries of origin and destination. The objective of this study was the socio-cultural characterization and the perception of the medical student about immigration, health and disease. A cross-sectional study was carried out with medical students at a higher education institution of the State of Sergipe, Brazil. The study sample consisted of 144 students who were regularly enrolled in the institution. The variables were described by means of absolute frequency and relative percentage. The associations between categorical variables were tested using Pearson's chi-squared test. The ordinal correlations were tested by the gamma correlation. There was significance in relation to the perception of the knowledge of the legislation guaranteeing immigrant access to health services (P-value < 0.05). The student socio-cultural profile points to the need to encourage, in the academic context, integrative cultural practices and communication skills a contribution to citizen and professional training. The Cultural competence in health poses as a tool that strengthens light technology in health, from the exchange between professionals and immigrants in the health care process.

Headings: immigration, health, cultural competence.

INTRODUÇÃO

A migração é um reconhecido determinante social, pois as condições que envolvem o processo migratório tendem a gerar vulnerabilidades e impactos na saúde pública nos países de origem e de destino. (PEDRERO; BERNALES; PEREZ, 2018).

Cerca de 68,5 milhões de pessoas têm se deslocado à força de seus países; destes 25,4 milhões são refugiados, 12 milhões são apátridas. Em 2018, o Brasil registrou mais de 10 mil refugiados e 157 mil solicitantes de refúgio – a maioria concentrada nos grandes centros urbanos (ACNUR, 2019).

Em Sergipe, entre 2017 e 2019, houve 36 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado por indivíduos oriundos do Afeganistão, Venezuela, Cuba, El Salvador, Marrocos e Suécia (BRASIL, 2019).

A formulação de diversos estudos sobre a saúde do imigrante denota a importância da saúde como um dos principais indicadores de “integração das comunidades não autóctones”, bem como o nível de adequação dos sistemas sanitários dos países que recebem imigrantes e/ou refugiados. (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

O risco em saúde do imigrante pode ser observado em três instâncias do fenômeno migratório: antes da migração (devido à condição social do país de origem), nas adversidades do deslocamento e na integração aos países de destino – destacando a xenofobia, a precariedade socioeconômica e as barreiras no acesso aos serviços públicos (RODRIGUEZ-GARCÍA-DE-CORTÁZAR, 2018).

A compreensão sobre cultura torna-se um viés importante para preencher as lacunas da assistência equânime e universal. A formação voltada para as competências culturais coloca-se como uma alternativa importante frente ao despreparo em atuar com populações migrantes – situação que tende a reforçar constrangimentos - e à necessidade de minimizar dificuldades relatadas pelos imigrantes. (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e transversal com amostra de 144 discentes do Curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe entre junho de 2019 e agosto de 2019. Este estudo foi submetido à aprovação do comitê de ética em pesquisa da instituição onde fora realizado (CAAE: 11623319.0.0000.5546). A participação no estudo foi voluntária, anônima e o consentimento foi obtido através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos todos os discentes que aceitaram participar do estudo em questão. Excluíram-se os questionários incompletos. A coleta de dados ocorreu mediante questionário autoaplicado, validado (RODRIGUES, R.; DIAS, S., 2012; DIAS, S. et al, 2011) e adaptado. O questionário foi dividido entre questões socioculturais do estudante e questões relativas a percepções sobre saúde, doença e imigração baseadas na escala de concordância tipo Likert através de dois grupos: discentes do 1º ao 6º períodos (Grupo Pré-Internato) e discentes do 9º ao 12º períodos (Grupo Internato).

As variáveis foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As associações entre variáveis categóricas foram testadas por meio de teste Qui-Quadrado de Pearson. As correlações ordinais foram testadas pela correlação gamma. O nível de significância adotado é de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2019.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 144 discentes de Medicina, sendo estes 53,4% do sexo masculino. O perfil social (Tabela 1) discente indica que 74,3% são grupo etário de 20 a 25 anos e 52,1% situam-se no grupo 3 (discentes do 9º ao 12º período do curso). A cor/etnia predominante é parda (59,7%) e a maioria é procedente da zona urbana. Em relação as ocupações extracurriculares, apenas 16,7% dos alunos exercem algum tipo de atividade remunerada.

O perfil cultural discente (Tabela 2) aponta que além de atividades estudantis e/ou remunerada, os demais discentes ocupam o tempo, preferencialmente, com atividades como Leitura (60,4%), Música (64,5%) e Cinema (50%). Em relação ao acesso à Internet, o aluno gasta entre 3 a 5 horas diárias (41%) entre pesquisas educacionais (79,8%), lazer e jogos (59,7%).

Quanto à percepção do estudante relativo aos conhecimentos em imigração, saúde e doença dividiu-se o estudo em dois grupos: Grupo Pré-Internato (1º ao 8º período) e Grupo Internato (9º ao 12º período). Ambos consideram que sociedades que acolhem imigrantes tornam-se mais solidárias e culturalmente ricas e concordam que os imigrantes são importantes contribuintes na economia e desenvolvimento do país (Tabela 3).

Observou-se que nos dois grupos estudados, o aumento do número de imigrantes no Brasil configura uma ameaça ao país (Tabela 3). A interpretação do estado de saúde imigrante como dependente da integração com o país de acolhimento foi predominante no grupo Pré-Internato (92,7%) em relação ao grupo Internato (84,0%). A relação entre o aparecimento de doenças em virtude da imigração obteve maior concordância no grupo Internato (80%).

A percepção de que as doenças nos imigrantes configuram um perigo à saúde pública foi prevalente entre os discentes do grupo Internato (65,3%). Quanto aos conhecimentos e competências para lidar com o imigrante, os discentes do grupo Pré-Internato autoanalisaram-se como ruins em 53,6% e o grupo Internato considerou-se razoável (52,0%). Cerca de dois terços dos alunos abordados no estudo (86,8%) indicaram desconhecimento em relação à legislação que assegure direitos aos imigrantes o acesso aos serviços de saúde. A relevância de uma formação específica sobre saúde do imigrante foi considerada importante nos dois grupos estudados (Tabela 3).

A associação entre autoavaliação das competências discentes e percepção de imigração, saúde e doença através do Teste Qui-quadrado de Pearson (Tabela 4) permitiu avaliar que a correlação das variáveis foi significativa apenas em relação à percepção do

conhecimento da legislação que garante acesso dos imigrantes aos serviços de saúde (p-valor <0,05).

DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu conhecer o perfil do discente de Medicina e suas perspectivas sobre imigração, saúde e doença. De modo geral, pode-se observar que o estudante de Medicina apresenta um perfil sociocultural que favorece o contato cultural e dispõe de ferramentas viáveis para a construção de competências culturais para lidar com imigrantes.

A interface entre dinâmica migratória e estado de saúde - percebida pela maioria dos discentes - é apontada como reflexo das circunstâncias de exclusão e instabilidade sociais, mas que possuem riscos semelhantes à população autóctone (RODRIGUES; DIAS, 2012). Entretanto, aponta Padilha (2013) que estes riscos dependem das características desses grupos populacionais - a exemplo de padrões de mortalidade, doenças e utilização dos serviços de saúde permeados pela baixa procura de cuidados preventivos e a superlotação de urgências.

Trata-se um círculo vicioso de exclusão, vulnerabilidade e doença através do condicionamento negativo do imigrante na sociedade de destino. Tal dinâmica acaba sendo reforçada pela coexistência de relações assimétricas entre médicos e pacientes gerando uma prática clínica cultural frustra, uma vez que não há referência nosológica comum (RODRIGUES; DIAS, 2012; PADILHA, 2013; SILVEIRA; GOLDBERG; COVIELLO, 2018).

Face à percepção geral da imigração, os discentes compreendem o fenômeno migratório como fator social relevante. Contudo, a maior parte dos participantes considera o aumento do número de imigrantes uma ameaça para o país, o que demonstra a consonância descrita por parte dos profissionais de saúde. (RODRIGUES; DIAS, 2012).

A percepção de ameaça em relação ao imigrante é, predominantemente, em sentido econômico - competitividade no mercado de trabalho, principalmente com imigrantes de origem asiática, europeia e norte-americana -, seguido da percepção de ameaça simbólica e da ameaça de segurança (GONDIM, 2013). A percepção de que os imigrantes representam uma ameaça à saúde pública por serem potenciais transmissores de doenças, aponta Rodrigues e Dias (2012) que se torna um fator discriminatório e estigmatizante que reflete no acesso aos

serviços de saúde. A autoavaliação discente perante os conhecimentos e competências reforça a necessidade de abordar competências culturais para lidar com especificidades em saúde. (DIAS, 2011).

Há necessidade de adequação ao aumento das demandas de saúde para indivíduos culturalmente distintos. O contexto acadêmico deve encorajar práticas culturais integrativas e habilidades de comunicação, contribuindo na formação cidadã e profissional. O acesso à Internet é apontado como uma ferramenta para compreender os transtornos de saúde a partir da produção científica internacional a fim de enriquecer os conhecimentos de alunos, professores e profissionais de saúde (GOULART; LEVEY; RECH, 2018).

A Universidade assume um papel relevante na criação de ações que atendam às exigências sociais. Entretanto, profissionais de saúde não apresentam formação orientada para habilidades básicas nos cuidados multiculturais, demonstrando assim, a necessidade de atualização dos modelos curriculares coerentes com as demandas globais (RODRIGUEZ-MARTIN, 2015; ALIAGA, 2017).

A Competência Cultural em Saúde assume o papel de fortalecer a tecnologia leve em saúde, a partir do intercâmbio bidirecional do cuidado. Enfatiza-se, então o desafio de reposicionamentos epistemológicos, metodológicos e éticos para a construção dos “cuidados de saúde culturalmente adaptados” (RODRIGUEZ-MARTIN, 2015; GONÇAVES; MATOS, 2016; RAMOS, 2017).

Tendo em vista a existência de políticas de assistência ao refugiado em âmbito nacional, o desconhecimento de leis e garantias por parte da equipe de saúde sinaliza o desafio, segundo Silveira, Golderberg e Coviello (2018, p. 99), do “desenvolvimento da cidadania social com relação ao corpo e à doença” no intuito de evitar a “patologização do corpo migrante”.

Os resultados obtidos devem ser interpretados considerando as limitações quantitativas na aplicação dos questionários devido à representatividade da amostra (24% do total de alunos da instituição). No entanto, a relevância dos dados sobre a importância de uma formação específica sobre saúde do imigrante e a correlação observada entre autoavaliação de competência e conhecimento sobre legislação de acesso aos serviços de saúde configuram pontos de destaque deste estudo.

A partir de estudos com profissionais de saúde buscou-se analisar o perfil discente, é pertinente, destarte, a formulação de novas investigações voltadas – de modo específico - ao âmbito acadêmico para aprofundar as perspectivas do ensino culturalmente competente.

CONCLUSÃO

A percepção do discente de Medicina sobre a saúde do imigrante demonstra a possibilidade de utilização de ferramentas do cotidiano para estímulo e formação cultural. A proposta de capacitação de profissionais de saúde, a partir das competências culturais, permite adequar a prática clínica às necessidades de saúde dos imigrantes e refugiados, além de reduzir vulnerabilidades e barreiras do cuidado.

BIBLIOGRAFIA

ACNUR. Alto comissariado das Nações Unidas para refugiados. **Protegendo refugiados no Brasil e no mundo**. 2019. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Protegendo-Refugiados-no-Brasil-e-no-Mundo_ACNUR-2018.pdf Acesso em: 18 abr. 2019.

ALIAGA, J. D. J. et al. **La multiculturalidad como enfoque para la educación médica superior**. Multimed. v. 19, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/477>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **1990 a 2019 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado**. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/anexos/1990-a-2019-solicitacoes-de-reconhecimento-da-condicao-de-refugiado.xlsx/view>. Acesso em: 26 maio 2019.

DIAS, S. et al. **Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: A Perspectiva dos Profissionais de Saúde**. Acta Med Port. v.24, n. 4, p. 511-516, 2011. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/issue/view/17>. Acesso em: 24 mar. 2019.

GONDIM, S. M. G. et al. **Imigração e Trabalho: Um Estudo Sobre Identidade Social, Emoções e Discriminação Contra Estrangeiros**. Psicol. pesq., Juiz de Fora, v. 7, n. 2, pp. 151-163, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472013000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2019

GONÇALVES, M.; MATOS, M. **Competência Cultural na Intervenção com Imigrantes: Uma Análise Comparativa entre Profissionais da Saúde, da Área Social e Polícias.** Acta Med Port. v. 29, n.10, pp. 629-638, 2016. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7121>. Acesso em: 10 abr. 2019

GOULART, B. G.; LEVEY, S.; RECH, R. S. **Competências em multiculturalismo, assistência à saúde e transtornos de comunicação.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 4, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n4/e00217217/en>. Acesso em: 10 abr. 2019.

PADILHA, B. **Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal.** Rev. Inter. Mob. Hum., Brasília, Ano XXI, n. 40, p. 49-68, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/04.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019.

PEDRERO, V.; BERNALES, M.; PÉREZ, C. **Migración y competencia cultural: un desafío para los trabajadores de salud.** Rev. Med. Clin. Condes, v. 29, n. 3, pp. 353-359, 2018. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864018300658?token=95E5CFA9CF18FC1FF459989CC57BCB2EA1ABF63962ABCBE732A4F45B5E2C4D54525758326012D65303869B1F97084FF>. Acesso em: 20 abr. 2019.

RAMOS, N. **Comunicação em saúde, interculturalidade e competências: desafios para melhor comunicar e intervir na diversidade cultural em saúde.** In Rangel, Maria Lígia; Ramos, Natália, org.- Comunicação e saúde [Em linha]: perspectivas contemporâneas". Salvador: EDUFBA, ISBN 978-85-232-1625-2. p. 149-172, 2017

RODRIGUES, R.; DIAS, S. **Encontro com a diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes.** Forum Sociológico [Online], v. 22, 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/sociologico/583#quotation>. Acesso em: 25 mar. 2019.

RODRÍGUEZ-GARCÍA-DE-CORTÁZAR, A. et al. **Salud Pública (también) para las personas migrantes y refugiadas en Europa.** Gaceta Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, Espanha. v. 32, pp. 111-113, 2018. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911117301413?token=8D4138564F6483A512B9E51F5165F499ECAB7D947C04BD2C80EF44FE07BAA3CA7C0C88634B7AF73C8EE7E9196DEF19C3>. Acesso em: 20 abr. 2019.

RODRIGUEZ-MARTIN, B. **Desafíos y oportunidades de las situaciones de contacto cultural en el ámbito sanitario.** Index Enferm, Granada, v. 24, n. 4, pp. 227-231, 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300008&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2019.

SILVEIRA, C.; GOLDBERG, A.; COVIELLO, D. M.. (Org.). **Migração, refúgio e saúde.** Santos: Editora Leopoldianum, v. 1, pp. 181-191, 1ed. 2018.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. **Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde.** Saúde E sociedade. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 328-341, 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2019.

APÊNDICE A

Tabela 1 – Perfil Social do Discente de Medicina, Aracaju/SE, 2019.

Perfil Social	N =144	Total (100%)
Sexo		
Masculino	77	53,4
Feminino	67	46,6
Grupos etários		
16 a 19 anos	11	7,63
20 a 25 anos	107	74,3
26 a 30 anos	13	9,02
31 a 35 anos	9	6,25
36 a 40 anos	4	2,77
Procedência		
Zona Urbana	140	97,2
Zona Rural	4	2,8
Período que está Cursando na Universidade		
Grupo 1 (1º ao 4º período)	22	15,2
Grupo 2 (5º ao 8º período)	47	32,6
Grupo 3 (9º ao 12º período)	75	52,1
Cor/Etnia		
Preta	10	6,94
Parda	86	59,7
Branca	45	31,2
Não sei	3	2,08
Atividade Remunerada		
Sim	24	16,7
Não	120	83,3

APÊNDICE B

Tabela 2 – Perfil Cultural do Discente de Medicina, Aracaju/SE, 2019.

Perfil Cultural	N = 144	Total (100%)
Hobbies		
Leitura	87	60,4
Música	93	64,5
Teatro	8	5,55
Esportes	51	35,4
Cinema	72	50,0
Religião	39	27,0
Outros	32	22,2
Não realizo atividades	7	4,86
Acesso à Internet em horas/dia		
< 3 horas/dia	28	19,4
3 a 5 horas//dia	59	41,0
>5 horas/dia	57	39,5
Atividades on-line		
Lazer/Jogos	86	59,7
Pesquisas Educacionais	115	79,8
Jornais/Revistas	72	50
Variedades	55	38,2

APÊNDICE C

Tabela 3 - Percepção do Discente de Medicina sobre Imigração, Saúde e Doença por Grupos de estudo, Aracaju/SE, 2019.

Percepção sobre Imigração, Saúde e Doença	Pré-Internato	Internato
	n=69 (100%)	n=75 (100%)
As sociedades que acolhem os imigrantes tornam-se mais solidárias e culturalmente ricas?		
Concordo	62 (89,9%)	67 (89,4%)
Nem Concordo nem Discordo	7 (10,1%)	7 (9,3%)
Discordo	0	1 (1,3%)
Imigrantes são importantes porque contribuem para a economia e desenvolvimento do país?		
Concordo	40 (58,0%)	38 (50,7%)
Nem Concordo nem Discordo	27 (39,1%)	34 (45,3%)
Discordo	2 (2,9%)	3 (4,0%)
O aumento do número de imigrantes no Brasil pode ser uma ameaça para o país?		
Concordo	9 (13,0%)	6 (8,0%)
Nem Concordo nem Discordo	20 (29,0%)	29 (38,7%)
Discordo	40 (58,0%)	40 (53,3%)
O estado de saúde dos imigrantes depende da sua integração no país de acolhimento?		
Concordo	64 (92,7%)	63 (84,0%)
Nem Concordo nem Discordo	3 (4,3%)	6 (8,0%)
Discordo	2 (2,9%)	6 (8,0%)
A imigração acarreta dificuldades que potencializam o aparecimento de doenças?		
Concordo	48 (69,5%)	60 (80,0%)
Nem Concordo nem Discordo	16 (23,2%)	12 (16,0%)
Discordo	5 (7,3%)	3 (4,0%)
As doenças nos imigrantes são um perigo para a saúde pública?		
Concordo	37 (53,6%)	49 (65,4%)
Nem Concordo nem Discordo	19 (27,6%)	13 (17,3%)
Discordo	13 (18,8%)	13 (17,3%)
Autoavaliação dos conhecimentos e competências para lidar com imigrantes?		
Ruim	37 (53,6%)	31 (41,3%)
Razoável	32 (46,4%)	39 (52,0%)
Boa	0	5 (6,67%)
Como é sua percepção do conhecimento da legislação do acesso dos imigrantes aos serviços de saúde?		
Desconheço	61 (88,4%)	64 (85,4%)
Conheço	8 (11,6%)	10 (13,3%)
Conheço muito bem	0	1 (1,33%)
Há relevância em receber formação específica sobre a saúde dos imigrantes?		
Concordo	54 (78,2%)	55 (73,4%)
Nem Concordo nem Discordo	13 (18,8%)	16 (21,3%)
Discordo	0	4 (5,33%)

APÊNDICE D

Tabela 4 – Autoavaliação Discente e Percepção sobre Imigração, Saúde e Doença, Aracaju/SE, 2019.

	Autoavaliação dos conhecimentos e competências para lidar com imigrantes			p-valor	γ (p-valor)
	Ruim n (%)	Razoável n (%)	Boa n (%)		
As doenças nos imigrantes são um perigo para a saúde pública?					
Discordo	12 (17,6)	12 (16,9)	2 (40)	0,443	-0,1 (0,48)
Nem concordo nem discordo	13 (19,1)	19 (26,8)	0 (0)		
Concordo	43 (63,2)	40 (56,3)	3 (60)		
Como é sua percepção do conhecimento da legislação do acesso dos imigrantes aos serviços de saúde?					
Desconheço	63 (92,6)	59 (83,1)	3 (60)	<0,001	0,49 (0,033)
Conheço	5 (7,4)	12 (16,9)	1 (20)		
Conheço muito bem	0 (0)	0 (0)	1 (20)		
Há relevância em receber formação específica sobre a saúde dos imigrantes?					
Discordo	2 (2,9)	2 (2,8)	0 (0)	0,173	-0,26 (0,134)
Nem concordo nem discordo	9 (13,2)	20 (28,2)	0 (0)		
Concordo	57 (83,8)	49 (69)	5 (100)		

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. γ – correlação Gamma. Teste Qui-quadrado de Pearson.

APÊNDICE E

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) discente você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “PERCEPÇÃO DO DISCENTE DE MEDICINA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO IMIGRANTE.” Nesta pesquisa, pretendemos avaliar o conhecimento do Estudante sobre os cuidados em saúde para imigrantes e suas implicações sociais. Esta pesquisa consistirá, única e exclusivamente, em responder ao questionário oferecido. A participação neste estudo não apresenta riscos à saúde física e mental, podendo gerar apenas repercussões culturais e incômodos ou desconfortos imediatos à execução do questionário. A pesquisa trará benefícios científicos, pois se trata de tema de relevância na formação acadêmica do estudante de Medicina, e permitirá uma melhor formação sociocultural em saúde. A pesquisa é totalmente voluntária, sua participação não terá custos, nem qualquer vantagem financeira. Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento sem acarretar qualquer penalidade. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Eu, _____, RG _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa sob responsabilidade da graduanda Ana Isabel Nascimento Souza e do Prof. Msc. Halley Ferraro Oliveira de maneira clara. Ciente que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar.

Aracaju/SE, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Estudante

Graduanda: Ana Isabel N. Souza

Tel.: (79) 9 9963 6356

Prof. Msc. Halley Ferraro Oliveira

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO

DADOS SOCIOCULTURAIS

Sexo: M () F ()

Idade:

16 a 19 anos ()

20 a 25 anos ()

26 a 30 anos ()

31 a 35 anos ()

36 a 40 anos ()

Outro ()

Qual período você cursa?

Grupo 1 - 1º ao 4º Período ()

Grupo 2 – 5º ao 8º Período ()

Grupo 3 – 9º ao 12º Período ()

Procedência:

Zona Urbana () Zona Rural ()

Qual sua cor ou etnia?

Preta () Parda() Branca() Amarela() Índigena() Não sei ()

Exerce atividade remunerada?

Sim () Não ()

Além de estudos/ atividade remunerada, com quais atividades você ocupa seu tempo?

Leitura () Música () Teatro () Esportes ()

Cinema () Religião () Outros () Não realizo nenhuma atividade ()

Em relação ao acesso à Internet, quantas horas/dia, em média, você utiliza?

() < 3 horas () 3 a 5 horas () > 5 horas

Atividades on-line?

Lazer/jogos () Pesquisas educacionais() Jornais/Revistas() Variedades ()

PERCEPÇÃO DO ESTUDANTE RELATIVO AOS CONHECIMENTOS EM
IMIGRAÇÃO, SAÚDE E DOENÇA (RODRIGUES, R.; DIAS, S., 2012; DIAS, S. et al,
2011 - ADAPTADO)

As sociedades que acolhem os imigrantes tornam-se mais solidárias e culturalmente ricas?

Concordo Nem concordo Nem Discordo Discordo

Os imigrantes são importantes porque contribuem para a economia e desenvolvimento do país?

Concordo Nem concordo Nem Discordo Discordo

O aumento do número de imigrantes no Brasil pode ser uma ameaça para o país?

Concordo Nem concordo Nem Discordo Discordo

O estado de saúde dos imigrantes depende da sua integração no país de acolhimento?

Concordo Nem concordo Nem Discordo Discordo

A imigração acarreta dificuldades que potencializam o aparecimento de doenças?

Concordo Nem concordo Nem Discordo Discordo

As doenças nos imigrantes são um perigo para a saúde pública?

Concordo Nem concordo Nem Discordo Discordo

Como é sua autoavaliação dos conhecimentos e competências para lidar com imigrantes?

Ruim Razoável Boa

Como é sua percepção do conhecimento da legislação do acesso dos imigrantes aos serviços de saúde?

Desconheço Conheço Conheço muito bem

Há relevância em receber formação específica sobre a saúde dos imigrantes?

Concordo Nem concordo Nem Discordo Discordo

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEÇÃO DO DISCENTE DE MEDICINA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO IMIGRANTE

Pesquisador: Halley Ferraro Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11623319.0.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Numero do Parecer: 3.317.872

Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores pretendem verificar o conhecimento do estudante de Medicina a respeito da saúde do imigrante. Para isso serão avaliados os estudantes matriculados no ciclo de Internato do curso de Medicina do Hospital Universitário – Campus Aracaju da Universidade Federal de Sergipe entre Junho de 2019 e Agosto de 2019. Serão aplicados dois questionários, dividido entre um questionário com dados socioculturais do estudante e um questionário validado e adaptado, com perguntas fechadas em escala de concordância tipo Likert sobre imigração, saúde e doença. As perguntas foram propostas tomando por base os artigos sobre perspectivas dos profissionais de saúde sobre a prestação de cuidados aos imigrantes e adaptados a realidade discente.

Hipótese: Verificar o conhecimento do estudante de Medicina a respeito da saúde do imigrante.

Metodologia Proposta: População de estudantes devidamente matriculados no ciclo de Internato do curso de Medicina do Hospital Universitário – Campus Aracaju da Universidade Federal de Sergipe entre Junho de 2019 e Agosto de 2019. Serão aplicados dois questionários, dividido entre um questionário com dados socioculturais do estudante e um questionário validado (RODRIGUES, R.; DIAS, S., 2012; DIAS, S. et al, 2011) e adaptado, com perguntas fechadas em escala de concordância tipo Likert sobre imigração, saúde e doença. As perguntas foram propostas tomando por base os artigos sobre perspectivas dos profissionais de saúde sobre a prestação de

Endereço: Rua Claudio Batista s/nº	CEP: 49.060-110
Bairro: Santarômio	
UF: SE	Município: ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208	E-mail: ccofhu@ufs.br



Continuação do Parecer: 3.317.872

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 10 de Maio de 2019

Assinado por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Claudio Batista s/nº
Bairro: Santarém CEP: 49.060-110
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 E-mail: ccpu@ufs.br