

Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil

Healthcare experiences of primary care workers with Bengalese immigrants in Paraná State, Brazil

Experiencias de atención de la salud a inmigrantes bangladesíes entre trabajadores de la atención primaria de salud en Paraná, Brasil

Karly Garcia Delamuta ¹
Fernanda de Freitas Mendonça ¹
Carolina Milena Domingos ¹
Marselle Nobre de Carvalho ¹

doi: 10.1590/0102-311X00087019

Resumo

O objetivo deste trabalho foi analisar as experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária em saúde no Paraná, Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo realizado em uma unidade básica que tem aproximadamente 700 bengaleses residindo em sua área de abrangência. O estudo foi desenvolvido em um município de médio porte localizado na região norte do Paraná. A produção de dados aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores de saúde. Os dados foram analisados sendo respeitados todos os aspectos éticos. Os resultados revelaram que a aparência e o idioma dos imigrantes afetam a forma de atendimento dos trabalhadores. Por conta disso, foi possível verificar uma série de implicações nas ações e serviços ofertadas a essa população, tais como: o uso do protocolo, mesmo este não atendendo às necessidades específicas dos imigrantes; a suposição dos motivos e das necessidades de procura da população imigrante pelos serviços de saúde; e a omissão na realização de algumas ações. Diante disso, a população de bengaleses acessa os serviços de atenção primária à saúde muito mais pela sua habilidade de adaptação do que pela capacidade dos trabalhadores de ofertarem uma assistência de acordo com as suas necessidades. Portanto, é necessário olhar de forma especial para os trabalhadores que estão inseridos nessa situação e pensar que formas de apoio podem ser ofertadas a uma equipe de saúde que lida cotidianamente com populações imigrantes.

Emigrantes e Imigrantes; Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde

Correspondência

F. F. Mendonça
Rua Wesley Cesar Vanzo 189, bloco Aliseo, apto. 1104,
Londrina, PR 86050-500, Brasil.
fernanda0683@gmail.com

¹ Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.



Introdução

O debate em torno dos direitos dos imigrantes é bastante polêmico. Observam-se, pelo menos, duas correntes bem distintas de entendimento sobre o processo migratório. A primeira, chamada de neoclássica, concebe o processo migratório como algo exógeno, em que o indivíduo faz uma escolha racional, equalizando custos e benefícios advindos da decisão de migrar ou não. Entende-se esse processo como uma opção individual, logo, as responsabilidades desta decisão devem ser também individuais, de tal forma que os países receptores não teriam nenhuma responsabilidade com essa população que migra ^{1,2}.

Por outro lado, há uma corrente que concebe o fluxo migratório como um fenômeno sociopolítico, que integra diferentes países em um sistema global. Os países receptores desempenham um papel fundamental na deflagração e manutenção dos fluxos migratórios. Desse modo, devem se responsabilizar pelo desenvolvimento de políticas com o propósito de gerir os fluxos, protegendo os direitos humanos e sociais dos migrantes ^{1,2}. Um exemplo de país que adota essa segunda corrente é o Canadá, que conta com uma estrutura governamental destinada especificamente a imigrantes, consolidada desde a década de 1960, o que o torna uma referência para os demais países ³.

O Brasil, nos últimos anos, tem sido um destino de procura por muitos imigrantes, pois a influência das restrições para entrada e permanência de imigrantes internacionais em países do Norte global tem intensificado o fluxo migratório entre os países do Sul, promovendo as chamadas migrações Sul-Sul. Essas são definidas pelo mais amplo cenário dos processos migratórios, da divisão internacional do trabalho à mobilidade do capital ⁴.

O *Censo Demográfico 2010*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstrou uma média de 268 mil imigrantes internacionais residentes há mais de cinco anos no Brasil. Entre as principais formas de autorização de entrada formal estão as de refúgio e trabalho ⁵.

Segundo o relatório do Observatório para as Migrações Internacionais ⁶, Bangladesh é o país com o maior número de solicitações de permanência no Brasil para trabalho. Sendo um dos países de maior densidade demográfica do mundo, com uma população total de aproximadamente 158 milhões de habitantes, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em Bangladesh era de 0,570 no ano de 2014, o que fez com que o país ocupasse a posição nº 142 entre os 188 classificados. No que tange ao aspecto religioso, 90% de sua população são compostos por muçulmanos ⁷.

Os principais fatores que dispararam o processo migratório estão relacionados com a situação político-econômica do país. Com mais de 30% de sua população vivendo abaixo da linha da pobreza, além dos violentos conflitos que caracterizam seu cenário político, os bengaleses encontraram no Brasil a oportunidade de viverem com mais segurança e a possibilidade de se inserirem no mercado de trabalho ⁸.

Uma intensa migração de bengaleses vem sendo identificada em um município localizado na região norte do Paraná. Estima-se que esse movimento migratório teve início há aproximadamente cinco anos, motivado, principalmente, pela força da indústria frigorífica instalada no local. Para esse setor industrial, caracterizado por sua expressiva margem de exportação, a presença dos imigrantes é indispensável, pois para que o produto tenha valor de mercado internacional, com destaque para os países asiáticos, exige-se que o abate seja realizado por muçulmanos (*abate halal*) ⁹.

No primeiro momento da imigração vieram os homens, que viviam em residências com uma média de 10 moradores. A remuneração nos frigoríficos era de um salário mínimo, dividida entre as despesas pessoais e o envio de dinheiro aos familiares remanescentes no país de origem. Posteriormente, após se estabelecerem no município, o processo migratório desses homens passou a incluir a vinda de seus familiares, como pais, irmãos, esposas e filhos.

Desse modo, verificou-se a presença dos imigrantes bengaleses, sobretudo, nas unidades de atenção primária do município, trazendo desafios para os profissionais de saúde na realização do cuidado a esta população. A saúde é um direito humano, sendo o acesso a cuidados de saúde garantido por normativas internacionais, pela *Constituição Federal* de 1988 e, no caso dos imigrantes, pela Lei de Migração que, além de garantir acesso à saúde também garante acesso à assistência e à previdência sociais, em caráter de igualdade aos brasileiros, em todo o território nacional ¹⁰.

A *Lei nº 13.445/2017* substituiu o Estatuto do Estrangeiro, que vigorava desde o período da ditadura militar e tratava a migração internacional como um problema de segurança nacional ¹¹. A nova

lei, de modo geral, constituiu avanços ao reconhecer direitos de imigrantes e regularizar a concessão de vistos ¹².

É preciso ressaltar que todos os imigrantes com documentação regulamentada têm direito a acessar políticas públicas de saúde, seguridade social, educação e previdência, independentemente de sua nacionalidade ¹³. Almeida & Souza ¹⁴ destacam que, mesmo não possuindo uma situação regulamentada, os imigrantes devem ser considerados como pessoas com direitos. Acima das questões de segurança nacional, devem ser-lhes garantidos os direitos humanos.

Para atender às necessidades de saúde dos imigrantes, torna-se importante o desenvolvimento da competência cultural dos profissionais de saúde. Tal competência colabora para transcender o conceito de cultura como nacionalidade, etnicidade e língua, passando a ser entendida como um processo dinâmico atrelado a aspectos econômicos, políticos, religiosos e mesmo psicológicos ou biológicos, ou até de gênero, idade ou classe social ^{15,16}.

A competência cultural pode ser conceituada como conhecimentos, atitudes e habilidades a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde, objetivando maior capacidade para lidar com populações de culturas diversas. Desse modo, no campo do conhecimento, é importante que os profissionais conheçam os processos que influenciam a saúde e os cuidados em saúde para uma população com características diferentes da maioria. Quanto à atitude, os profissionais devem considerar sua própria história sociocultural, de vida, e avaliar o quanto ela pode influenciar e resultar em preconceitos pessoais ou mesmo tendência à estereotipagem durante a realização do cuidado. No aspecto referente à habilidade, considera-se a capacidade de comunicação que possa superar as barreiras linguísticas existentes ^{17,18}.

Para o desenvolvimento da competência cultural, mais do que conhecer a cultura dos pacientes é necessário saber sobre a sua história de vida, e o contexto em que ela se desenrola ^{15,16}. Assim, a atenção básica constitui um local estratégico em virtude da proximidade com os usuários, o que permite desvelar o contexto de vida dos indivíduos.

Esse nível de atenção tem sido evidenciado como primordial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o enfrentamento do modelo de assistência predominante no país, marcado pela concepção hospitalocêntrica, individualizante e de baixa resolutividade ¹⁹. A atenção básica tem, entre seus princípios e diretrizes, a universalidade, a integralidade, o acesso; tem os usuários e o território adscritos, o vínculo, ou seja, os princípios ordenadores e organizativos da atenção que são essenciais para o desenvolvimento da competência cultural e consequente atenção à saúde dos imigrantes.

Assim sendo, objetivo do presente trabalho foi analisar as experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária em saúde no Paraná, Brasil.

Metodologia

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa de caráter exploratório para desvendar as experiências dos trabalhadores durante o atendimento aos imigrantes bengaleses nos serviços de atenção primária.

A pesquisa foi desenvolvida na unidade básica de saúde (UBS) de um município de médio porte, localizado ao norte do Paraná, que tem imigrantes bengaleses residindo em sua área de abrangência. Essa UBS conta com duas equipes de saúde da família (EqSF), num total de 26 trabalhadores. São aproximadamente 10 mil habitantes distribuídos em 12 bairros e, destes, dois têm a presença de imigrantes bengaleses. De acordo com os registros próprios do serviço de saúde (prontuários, cadernos de campo), estima-se uma população de aproximadamente 700 imigrantes residindo no município. No entanto, esse número pode ser maior devido à entrada informal no país ²⁰.

A produção de dados aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores da saúde lotados na UBS, somando um total de 13 participantes das seguintes categorias profissionais: dois auxiliares administrativos, três agentes comunitários de saúde (ACS), seis auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, uma enfermeira e um médico.

Foram selecionados os trabalhadores inseridos na equipe há mais de dois anos. Dos ACS, além dos que possuíam período de trabalho superior a dois anos na UBS, foram incluídos os que faziam parte da EqSF responsável pelo território com a maior concentração dos imigrantes.

As entrevistas foram conduzidas com base em um roteiro contendo questões sobre as percepções dos trabalhadores da UBS quanto ao acesso dos imigrantes bengaleses aos serviços de atenção primária. Todas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para a etapa de análise das informações obtidas. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 45 minutos; todas ocorreram na própria UBS.

Foi realizada uma análise compreensiva e interpretativa, sendo adotados os seguintes procedimentos ²¹: inicialmente, foi feita a conferência da fidelidade das transcrições e realizada a leitura flutuante destas; a seguir, foi realizada leitura repetida e aprofundada de cada registro, separadamente; só então foi desenvolvida uma análise transversal das sínteses, o que evidenciou convergências e divergências, relações e contradições nas falas dos sujeitos.

Para a identificação dos participantes de acordo com a categoria profissional, utilizaram-se os seguintes códigos: M para médicos; E para enfermeiros; AE para auxiliar de enfermagem; ACS para agentes comunitários de saúde; e ADM para auxiliares administrativos. Também foram adicionados números de 1 a 13 para identificar os participantes por ordem de entrevista.

Os princípios éticos norteadores deste trabalho estão contemplados na *Resolução nº 466/2012* do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos ²². Este estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia, Paraná, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, conforme Certificado de Apresentação para Apresentação Ética (CAAE): 65003717.6.0000.5231.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias. A primeira evidenciou a aparência e o idioma dos imigrantes como aspectos que afetam a forma de atendimento dos profissionais de saúde. A segunda identificou as consequências dessa forma de atendimento na oferta de serviços às populações imigrantes.

Formas de atendimento

As questões relativas às percepções, concepções e atuações dos sujeitos afetam diretamente a oferta e organização do acesso aos serviços de saúde. Um dos aspectos que se destaca na chegada dos imigrantes aos serviços de saúde é a sua aparência. O fato de serem ou parecerem imigrantes bengaleses gerou preconceito entre os profissionais.

Por isso, ele já é assim, taxado. *“Está chegando o Bangladesh”, “Eu não entendo nada do que ele fala”. “Primeira coisa que você ouve, quer dizer, ele já vem com uma plaquinha ‘Bangladesh’ na testa, quando ele passa o portão”* (AE9).

Tal atitude da parte dos profissionais pode levar a uma barreira denominada por Padilha ²³ como autoexclusão, situação que restringe o acesso aos serviços e cuidados de saúde, muitas vezes vinculada a um estigma social ou pessoal. A avaliação adversa da pessoa ou do grupo de pessoas, por parte dos profissionais de saúde, contribui para que os imigrantes não procurem mais ajuda. O estudo de Granada & Detoni ²⁴ também observou, por parte dos moradores locais, uma atitude de estranhamento com a aparência dos imigrantes haitianos.

A sensação de estranhamento diante da presença dos imigrantes fez com que os trabalhadores da saúde até questionassem a obrigatoriedade do SUS em atendê-los.

“Nunca parei para pensar na possibilidade de que eles [os imigrantes] têm esse direito” (ADM6).

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de revisão da literatura de Guerra & Ventura ²⁵, no qual profissionais e gestores não se mostraram preparados quanto às diferenças socioculturais dos imigrantes, nem sobre a legislação correspondente à proteção dos direitos desta população.

Portanto, é fundamental que legislações que amparem os imigrantes sejam valorizadas e respeitadas nos diferentes territórios, tendo em vista que o processo de migração tem se tornado cada vez mais frequente em várias regiões do mundo, seja por questões econômicas, conflitos sociais, políticos ou ambientais ¹⁰.

A partir do momento em que os trabalhadores não se percebem como responsáveis pelo atendimento aos imigrantes, abre-se precedente para a interpretação de um direito como um favor. Esse

desconhecimento de legislações que amparam os imigrantes também foi observado nos trabalhadores da saúde em um estudo realizado na cidade de Lisboa (Portugal) ¹².

Tais situações mostram o quanto o país receptor deve também se responsabilizar por desenvolver políticas e condições concretas de acesso aos serviços de saúde, tendo em vista a valorização e o respeito aos direitos humanos acima de tudo ¹³. É o que se observou, por exemplo, na cidade de São Paulo, Brasil, cujos instrumentos de gestão passaram a incorporar as necessidades dos imigrantes, com o estabelecimento de metas e ações específicas para estes grupos. Uma das iniciativas, inclusive, foi a contratação de ACS também imigrantes e a oferta de cursos para os trabalhadores sobre a saúde da população imigrante, além da criação do Conselho Municipal de Saúde dos Imigrantes ²⁶.

Além do impacto provocado pela aparência, outro fator que interferiu no atendimento aos imigrantes foi o idioma. A dificuldade na comunicação implica a incompreensão das demandas dos imigrantes que, consequentemente, não conseguem ter suas necessidades atendidas. Os relatos revelaram que a maior parte dos profissionais se sentiu inseguro para ofertar atendimento aos bengaleses. Observou-se que os imigrantes que estavam no Brasil havia mais tempo conseguiam se comunicar melhor e se tornavam apoiadores dos imigrantes mais recentes, auxiliando-os na comunicação com os trabalhadores da saúde.

“...Muitas vezes, ele não consegue explicar o que ele realmente está sentindo ou o que realmente ele está precisando. Isso dificulta a gente a fazer um atendimento, uma orientação ou o próprio encaminhamento para outro setor” (AE3).

“Quando vem com um amigo, que a gente fala que é o interprete deles, aí ele vai conversando e vai falando o que vai ser feito, aí ele entende” (ADM6).

“É sempre igual eu falo: a linguagem deles é diferente. Sempre quando eu não entendo, eu peço o ‘amigo’, que é o interprete, e ele vem e fala para a gente o que ele necessita. A gente, conforme o serviço, se não tem vaga aqui, encaminha para outro serviço, para ele ser encaminhado para outro serviço e não ficar sem atendimento” (AE5).

“A gente até tenta ajudar, mas por não conseguir a comunicação, a gente deixa a desejar, talvez um pouco, no atendimento” (AE2).

O idioma é uma variável tão importante no acesso, que o estudo de Alves et al. ²⁷ com imigrantes haitianos revelou que a utilização de serviços de saúde foi duas vezes mais prevalente entre aqueles que referiram falar e compreender (razoavelmente bem ou muito bem) o português, quando comparados aos que compreendem muito pouco o idioma.

Para Rodrigues & Dias ²⁸, a barreira da língua, por um lado, dificulta o desempenho dos profissionais, nomeadamente no nível do diagnóstico e da prescrição de tratamentos e, por outro, impede que o indivíduo expresse as suas demandas em saúde e obtenha a informação necessária para acessar os serviços, fato também apontado no estudo de Granada & Detoni ²⁴. Um trabalho sobre o acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes na Espanha também revelou a dificuldade de comunicação como uma das grandes barreiras de acesso ²⁹.

Embora existam vários fatores que impedem o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde, a comunicação é um pré-requisito para o atendimento de qualidade ³⁰. O mesmo foi apontado nos estudos de Dias et al. ¹² e Martes & Faleiros ¹³. Segundo Leclere et al. ³¹, o aprendizado do idioma do país receptor é um facilitador na percepção de necessidades de saúde e na busca por tratamentos formais de saúde.

Conhecer a língua oficial do país acolhedor não só é um fator fundamental no processo de inclusão e empoderamento social dos imigrantes, como é também um direito deles. No Brasil, foi somente a partir de 2014 que o Ministério da Educação, em parceria com o Ministério da Justiça e a Prefeitura de São Paulo, começou a ofertar cursos de língua portuguesa a imigrantes e refugiados. Ainda que escassa e dispersa, a oferta do curso revela um reconhecimento inicial do Estado a respeito da importância do fator linguístico no processo de integração e inclusão social dos imigrantes ³².

Para além da oferta de cursos de língua portuguesa, há também a criação de políticas linguísticas de interpretação e tradução nos serviços públicos. Contudo, o Brasil ainda não conta com nenhuma política desse tipo, sendo esta lacuna um dos principais obstáculos enfrentados pelos imigrantes no acesso aos serviços públicos no país ³².

Granada & Detoni ²⁴ e Oliveira & Silva ³² citam que, na falta de uma política pública que ofereça intérpretes aos imigrantes no setor público, é a sociedade civil, por meio de voluntários, que assume

a função de garantir o atendimento a estas populações em alguns setores mais urgentes, realidade observada no contexto do presente estudo.

Posto isso, é necessário investir em estratégias de formação dos trabalhadores da saúde, de modo que tenham capacidade para lidar com grupos que possuam cultura e idioma diferentes, a fim de suprir suas necessidades^{12,30}. Sabe-se que esse processo demanda tempo, contudo, para suprir a população imigrante que sofre hoje, é preciso pensar em estratégias de comunicação que não se restrinjam apenas à linguagem verbal.

A tradução do idioma é importante no processo de cuidado, mas os profissionais de saúde precisam ir além da dimensão linguística e saber se comunicar com alguém que vem de um contexto completamente diferente. Ele precisa desenvolver competências de comunicação intercultural, o que consiste na articulação de múltiplas dimensões e aspectos, entre os quais destacamos: conhecer a si mesmo e à sua própria cultura; demonstrar interesse pela cultura do outro; estabelecer condições de diálogo, considerando não somente a língua, mas também gestos, entonação e rituais; evitar julgamentos rápidos e superficiais, estereótipos, preconceitos e atitudes etnocêntricas, o que o permitirá colocar-se no lugar do outro, de forma a tentar compreender as coisas de um ponto de vista diverso; estar atento às mensagens silenciosas da comunicação não verbal; aprender a respeitar os ritmos e os estilos de comunicação próprios a cada indivíduo e a cada cultura etc³³.

As intensas migrações no mundo evidenciaram a necessidade de os trabalhadores da saúde desenvolverem competência cultural para o processo de cuidado³⁴. Segundo Santinho³⁴, é preciso desenvolver e estimular, entre os profissionais, a escuta e a compreensão do contexto sociocultural e histórico das pessoas. As equipes de saúde devem, inicialmente, escutá-las de modo acolhedor, depois estabelecer um diálogo empático e, de preferência, com alguma competência linguística, além de conquistar sua confiança. A “bagagem” social e cultural da pessoa que a equipe de saúde está cuidando deve ser considerada e, se possível, ser o centro da abordagem nos serviços da atenção primária em saúde.

Implicações das formas de atendimento

Tanto a aparência quanto o idioma produzem interferências no atendimento dos imigrantes, o que desencadeia uma série de implicações na atenção e na oferta de serviços de saúde para esta população específica.

Por conta da dificuldade de comunicação, verificou-se que os profissionais recorrem, exclusivamente, ao uso do protocolo para auxiliar na assistência aos imigrantes. Em algumas situações percebe-se até um caráter impositivo durante o uso dessa tecnologia. As diferenças culturais podem levar a comportamentos resistentes, tanto por parte da equipe de saúde, por entender que os imigrantes devem seguir as conduções predeterminadas e protocolares, bem como por parte dos imigrantes que, muitas vezes, entendem tais condutas como uma forma de agressão à sua cultura.

“Então eles não poderiam tomar injeção porque eles estavam em Ramadã. Mas a gente não sabe o que é. Eu não sei o que é esse Ramadã e por que não pode ser feito” (AE1).

“Já aconteceu de uns não aceitarem, irem embora e não receber a medicação. Aí, não tem o que você fazer, porque ele tem a crença dele e, então, ele não aceita” (AE3).

Nesse caso, verifica-se que o momento do encontro entre os trabalhadores da saúde e os imigrantes que necessitam de assistência é marcado pelo uso predominante das tecnologias leve-duras. O grande limite de pautar a assistência no uso dessas tecnologias, na perspectiva de Merhy³⁵, consiste na restrição de liberdade do trabalhador para ser criativo, se relacionar, criar vínculo com o usuário e experimentar outras soluções, para além das prescritas no protocolo.

Segundo Martin et al.³⁶, os trabalhadores da saúde possuem poucos elementos para lidar com o atendimento à população de imigrantes. Desse modo, eles veem no protocolo, ou seja, no trabalho previamente prescrito, a segurança para executá-lo com usuários com os quais apresentam profunda dificuldade de comunicação.

Os resultados revelaram que, após ofertar os primeiros cuidados, com base no protocolo, os trabalhadores supõem as necessidades do sujeito. Exatamente pelo fato de a relação de interação ser incipiente, ele toma a liberdade de decidir do que os imigrantes precisam. Assim, por construções

predeterminadas de certos hábitos culturais dos bengaleses, os trabalhadores da saúde acabam negligenciando outras possíveis necessidades.

“Eu acho interessante a maioria deles falar que come comida apimentada. Por isso que eles querem, geralmente, omeprazol” (AE1).

“Então, eu acho que muita coisa que ocasionam eles a voltar com a mesma queixa é isso, são os hábitos que eles têm. Porque o brasileiro (...) tem que tomar banho todo dia, tem que trocar as coisas da rotina. Eles – a gente observa – que não têm isso, sentem coceira, coceira” (AE5).

“Eles fazem muito jejum. A religião deles, né? Aí, vem com um monte de queixa porque fica fraco” (AE7).

O estudo de Steffens & Martins ²⁶ também demonstrou que o desconhecimento da cultura dos imigrantes gerava diagnósticos equivocados. Então, no contexto dos serviços de saúde, verifica-se que a relação dos profissionais com os usuários, seja este imigrante ou não, tende a ser assimétrica. Isso é, os usuários, em geral, ocupam uma posição de meros espectadores, tendo seus saberes desconsiderados. Já os profissionais, com todo o peso institucional de sua autoridade, ocupam o local de ordenador, impondo aquilo que eles acreditam ser as necessidades de saúde dos usuários ^{37,38}.

Além de supor as necessidades, os trabalhadores também supõem o motivo da procura pelos serviços de saúde. Há relatos de que os imigrantes não gostam de trabalhar e procuram a UBS apenas para conseguir atestado médico.

“...Eu acho que eles também estão pegando o jeitinho brasileiro, pegando atestado” (ADM6).

Tal suposição gera nos trabalhadores da saúde um certo preterimento no atendimento aos imigrantes.

“...Com ele [imigrante] você só faz o essencial. Até para não ter esse problema de ir tão a fundo. Eu acho que fica a desejar” (AE1).

Situações que expressam a desqualificação da procura dos usuários pelos serviços de saúde, por parte dos trabalhadores, também são observadas quando estes usuários são brasileiros, conforme apontado no estudo de Viegas et al. ³⁹. Mas nota-se que a desqualificação é intensificada quando se trata de populações imigrantes. Segundo Guerra & Ventura ²⁵, isso tende a ocorrer em função das diferentes concepções dos profissionais de saúde sobre o direito à saúde dos estrangeiros.

Neste estudo, fica claro que os trabalhadores da saúde não compreendem como dever do Estado a garantia do acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. Suas concepções acabam por se aproximar muito da primeira corrente, a neoclássica, que explica os processos migratórios. Brito ⁴⁰ ainda ressalta que, por mais que o Estado garanta direitos fundamentais aos imigrantes, estes sempre serão mais restritos se comparados aos das populações de não imigrantes. Diante disso, pensar a participação do Estado na formulação de uma política migratória implica definir ações e metas que procurem lidar com essas questões, evitando essa tendência de exclusão e marginalização de imigrantes ³. De acordo com Granada & Detoni ²⁴, se os trabalhadores tivessem mais preparo para lidar com questões interculturais, isto minimizaria situações de pré-julgamentos.

Além da suposição, os trabalhadores da saúde também fazem um movimento de omissão. O protocolo seguido fielmente durante o acolhimento e as consultas, posteriormente, passa a ser negligenciado. De acordo com os entrevistados, os auxiliares administrativos foram orientados a não preencherem totalmente a ficha cadastral no sistema, sob a alegação de que ela seria complexa e, pela dificuldade de comunicação, seria impossível preenchê-la com dados completos.

“Então, foi orientado (...) aqueles dados que vão entrar no cadastro de famílias, a gente não tem feito. Não por discriminação, mas pela comunicação ser difícil” (ACS4).

Se durante o acolhimento e as consultas percebe-se a ausência das tecnologias leves, aqui também se verifica a ausência das tecnologias leve-duras. Sabe-se que a produção de dados em saúde é fundamental para o planejamento e a organização das ações de saúde. Então, quando parte de uma população do território não é registrada, ela deixa de ser reconhecida pelos serviços de saúde, ou seja, torna-se invisível e, portanto, mais vulnerável a adoecer ou a sofrer uma série de agravos. Problemas de registro de populações imigrantes também são relatados por Guerra & Ventura ²⁵ e Steffens & Martins ²⁶. Para esses autores, essa falha no registro é apontada como a principal dificuldade para a continuidade do atendimento e referências para outros níveis de atenção.

Tornar a população de imigrantes invisível é algo extremamente preocupante, visto que, em geral, ela já é uma população em situação de vulnerabilidade, seja por condições de vida, emprego, habitação, dificuldades comunicacionais, linguísticas, confronto com preconceitos, estereótipo e discriminação,

aceitação de postos de trabalho pesados e mal remunerados, falta de suporte social formal e informal, e dificuldade de informação e acesso aos serviços de saúde ^{41,42}.

Para Bäckström ⁴², a população de imigrantes apresenta condições de vida bem mais precárias do que as populações dos países que a acolhe, pois, uma vez chegados aos países de acolhimento, estes grupos se tornam vulneráveis e mais expostos a fatores de risco ao se confrontarem com um novo contexto repleto de enormes diferenças, que vão desde o ambiente, ao clima, à língua, à cultura e ao funcionamento dos serviços de amparo social.

No entanto, vale ressaltar que mesmo diante de todo o contexto adverso vivenciado pelos imigrantes ao mudar-se para outro país, no caso dos bengaleses, com toda a diversidade cultural, geográfica e relacionada ao idioma, entre tantos outros fatores, eles levam consigo a capacidade de adaptação. Portanto, é muito comum os imigrantes utilizarem comportamentos observados na sociedade de destino ⁴³. Granada & Detoni ²⁴ relatam que o processo migratório produz um fenômeno de aculturação, ou seja, é preciso que os imigrantes adotem não somente a língua, mas também outras características da sociedade de acolhimento, para que possam ser aceitos.

No presente estudo, por exemplo, tal como os brasileiros, os imigrantes perceberam que queixas mais agudas levam a um atendimento médico no mesmo dia, que alguns relatos geram a prescrição de medicamentos e que procurar diretamente alguns trabalhadores pode reduzir o tempo de espera e agilizar o atendimento à sua necessidade.

Esse movimento de adaptação, por parte dos imigrantes, não deve eximir os serviços de saúde de também construírem arranjos para diminuir as barreiras de acesso. É fundamental investir na formação dos trabalhadores da saúde, no intuito de desenvolver suas habilidades e competências para lidar com as especificidades culturais dos imigrantes, além de explorarem questões relacionadas a estereótipos e situações de preconceitos voltadas para esta população ^{12,40}.

Um estudo de revisão desenvolvido por Guerra & Ventura ²⁵ revelou que o arranjo de trabalho promovido por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi um fator facilitador do acesso às ações de promoção à saúde por parte dos imigrantes.

A literatura tem apontado para algumas medidas, dentre as quais surgem aquelas que apostam em uma ação conjunta entre o Estado e as organizações da sociedade civil. Além disso, há também propostas que consideram que questões relativas à saúde sejam incorporadas em políticas de outros setores, e que sejam criadas estratégias para que os imigrantes tenham a capacidade de assumir mais responsabilidades em saúde e em tomar decisões em relação à saúde ²³.

Considerações finais

Com base nos resultados, verifica-se que as experiências de atendimento dos profissionais foram influenciadas pelos aspectos culturais dos imigrantes (aparência e idioma). Isso desencadeou uma série de outras situações, como: o uso do protocolo, mesmo este não atendendo às necessidades específicas dos imigrantes; a suposição dos motivos e das necessidades de procura da população imigrante pelos serviços de saúde; e a omissão na realização de algumas ações.

Diante disso, verifica-se que a população de bengaleses acessa os serviços de atenção primária à saúde muito mais pela sua habilidade de adaptação do que pela capacidade dos trabalhadores de oferecerem uma assistência de acordo com as suas necessidades.

Entende-se os percalços da equipe. Diante de todas as suas atribuições e difíceis condições de trabalho, repensar o processo de trabalho para definir estratégias de acolhimento à população imigrante não é uma tarefa fácil, além de trazer à tona questões que, muitas vezes, a equipe não está disposta a enfrentar por inúmeras razões. Portanto, é necessário olhar de forma especial para os trabalhadores que estão inseridos nessa situação e pensar que formas de apoio podem ser ofertadas a uma equipe de saúde que lida cotidianamente com populações imigrantes.

Os resultados apresentados por este estudo colaboram para a reflexão sobre a complexidade do cumprimento dos princípios e diretrizes da atenção básica pelos serviços de saúde, não somente na atenção em saúde de minorias populacionais – aqui representadas pelos imigrantes – como também para toda a população. A competência cultural traz a necessidade da escuta e compreensão, em profundidade, do indivíduo que precisa de atenção em saúde, com base no ponto de vista do sujeito em

relação ao seu próprio sofrimento; necessita conhecer o indivíduo e seu contexto de vida, seja ele imigrante ou não.

Contudo, destacam-se como grandes desafios as intencionalidades traduzidas nas alterações trazidas pela recente Política Nacional de Atenção Básica. As mudanças promovem a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política, o que também fragiliza a consolidação dos princípios e diretrizes da atenção básica e do SUS. Tal reorganização na atenção básica torna ainda mais difícil uma articulação com a atual política de migração, a qual busca garantir o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, entre outros serviços de seguridade social.

Colaboradores

K. G. Delamuta participou da concepção do artigo, coleta, análise e redação dos resultados e discussão. F. F. Mendonça participou da concepção do artigo, redação dos resultados e da discussão. C. M. Domingos participou da redação da introdução, metodologia e da discussão dos resultados. M. N. Carvalho participou da redação da discussão e revisão do manuscrito.

Informações adicionais

ORCID: Karly Garcia Delamuta (0000-0002-3137-5417); Fernanda de Freitas Mendonça (0000-0002-3532-5070); Carolina Milena Domingos (0000-0002-7725-1831); Marselle Nobre de Carvalho (0000-0001-7338-5448).

Referências

1. Sassen S. *The mobility of labor and capital*. New York: Cambridge University; 1988.
2. Sassen S. *Guests and aliens*. New York: The New Press; 1999.
3. Arruda AMT. A relação entre o Estado e a imigração: aspectos pertinentes para análise dos casos brasileiro e canadense. *Périplo: Revista de Pesquisa sobre Migrações* 2015; 1:13-39.
4. Baeninger R, Silva JCJ. *Migrações venezuelanas*. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”, Universidade Estadual de Campinas; 2018.
5. Organização Internacional para as Migrações. *Perfil migratório no Brasil 2009*. Brasília: Organização Internacional para as Migrações; 2010.
6. Observatório das Migrações Internacionais. *Autorizações concedidas a estrangeiros. Relatório Trimestral (julho a setembro): 2015*. Brasília: Observatório das Migrações Internacionais; 2015.
7. National Institute of Population Research and Training; Mitra and Associates; ICF International. *Bangladesh Demographic; Health Survey 2014*. Dhaka: National Institute of Population Research and Training; 2016.

8. Imigrantes de Bangladesh procuram refúgio no Brasil. *Jornal da Gazeta* 2014; 24 mar.
9. Cáritas Arquidiocesana de Londrina. Informação sobre a população imigrante de Londrina e região; Londrina: Cáritas Arquidiocesana de Londrina; 2017.
10. International Organization for Migration. Informe sobre las migraciones en el mundo 2013 – el bienestar de los migrantes y el desarrollo. http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&cPah=37&products_id=1019&zenid=3piouecbtuhq3lm9ol43qllvc4 (acessado em 21/Dez/2016).
11. Wenden CW. As novas migrações. *Revista SUR* 2016; 13:17-28.
12. Dias S, Gama A, Silva AC, Cargalheiro H, Matrins MO. Acessibilidade à saúde pelos imigrantes em Portugal. *Acta Med Port* 2011; 24:511-6.
13. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde Soc* 2013; 22:351-64.
14. Almeida G, Sousa M. A proteção interna do imigrante ilegal: garantia e efetividade dos direitos humanos no Brasil. <http://www.pUBLICADIREITO.COM.BR/artigos/?cod=89dddcb3bee5793> (acessado em 30/Abr/2018).
15. Kleinman AP, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med* 2006; 3:e294.
16. Mollica RF. Global mental health – trauma and recovery. Boston: Massachusetts General Hospital; 2009.
17. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care* 2005; 43:356-73.
18. Seeleman C, Hermans J, Lamkaddem M, Surrmond J, Stronks K, Essink-Bot M-L. A students survey of cultural competence as a basis for identifying gaps in the medical curriculum. *BMC Med Educ* 2014; 14:216.
19. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42:11-24.
20. Prefeitura do Município de Rolândia. História de Rolândia. http://www.rolandia.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=199&Itemid=75 (acessado em 28/Fev/2018).
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 2010.
22. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2012; 13 dez.
23. Padilla B. Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana* 2013; 21:49-68.
24. Granada D, Detoni PP. Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no sul do Brasil. *Temáticas* 2017; 25:115-38.
25. Guerra K, Ventura M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cad Saúde Colet (Rio J.)* 2017; 25:123-9.
26. Steffens I, Martins J. “Falta um Jorge”: a saúde na política municipal para migrantes de São Paulo – SP. *Lua Nova* 2016; (98):275-99.
27. Alves JFS, Martins MAC, Borges FT, Silveira C, Muraro AP. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:4677-86.
28. Rodrigues R, Dias S. Encontro com a diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. *Fórum Sociológico* 2012; (22):63-72.
29. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller M-B, Vázquez Navarrete ML. Revisión bibliográfica: acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 88:715-34.
30. Hunter-Adams J, Rother HA. A qualitative study of language barriers between South African health care providers and cross-border migrants. *BMC Health Serv Res* 2017; 17:97.
31. Leclere F, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *J Health Soc Behav* 1994; 35:370-84.
32. Oliveira GM, Silva JL. Quando barreiras linguísticas geram violação de direitos humanos: que políticas linguísticas o Estado brasileiro tem adotado para garantir o acesso dos imigrantes a serviços públicos básicos? *Gragoatá* 2017; 22:131-53.
33. Damasceno RF, Silva PLN. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *Journal of Management & Primary Health Care* 2018; 9:eX.
34. Santinho C. A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Fórum Sociológico* 2012; 22:73-81.
35. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.
36. Martin D, Goldberg A, Silveira C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise socio-cultural. *Saúde Soc* 2018; 27:26-36.

37. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
38. Wendhausen A, Saupe R. Concepção de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm* 2003; 12:17-25.
39. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc* 2015; 24:100-12.
40. Brito F. A politização das migrações internacionais: direitos humanos e soberania nacional. *Rev Bras Estud Popul* 2013; 30:77-97.
41. Granada D, Carreno I, Ramos N, Ramos MCP. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface (Botucatu)* 2017; 21:285-96.
42. Backström B. O acesso à saúde e os fatores de vulnerabilidade na população imigrante. *Aliances*. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa; 2010.
43. Contipelli E, Menezes DFN. O conceito de migração ambiental: perspectivas sobre dignidade humana e economia solidária. In: Baeninger R, Bogús LM, Moreira JB, Vedovato LR, Fernandes DM, Souza MR, et al., organizadores. *Migrações Sul-Sul*. 2ª Ed. Campinas: Núcleo de Estudos de População Elza Berquó, Universidade Estadual de Campinas; 2018. p. 537-47.

Abstract

The aim of this study was to analyze the experiences of primary care workers with Bengalese immigrants in Paraná State, Brazil. This was a qualitative study in a primary care unit with approximately 700 Bengalese immigrants living in its coverage area. The study was conducted in a medium-sized city in northern Paraná State. Data were obtained through semi-structured interviews with the health workers. The data were analyzed adopting proper compliance with all ethical aspects. The results showed that the immigrants' physical appearance and language affected the way the health workers treated them. It was thus possible to identify a series of implications in the actions and services offered to this immigrant population: adherence to a protocol, even though it did not take the immigrants' specific needs into account; presumption of the immigrant population's reasons and needs for seeking the health services; and the omission of some specific health interventions. The Bengalese immigrant population thus accesses the primary healthcare services much more through their adaptive skills than by the health workers' capacity to offer care according to the patients' needs. It is thus necessary to take a special look at the health workers in this situation and design forms of support that can be offered to healthcare teams that deal with immigrant populations on a daily basis.

Emigrants and Immigrants; Health Services Accessibility; Primary Health Care

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar las experiencias de atención de la salud a inmigrantes bangladesíes entre trabajadores de atención primaria de salud en Paraná, Brasil. Se trata de un estudio cualitativo, realizado en una unidad básica que cuenta aproximadamente con 700 bangladesíes residiendo en su área de influencia. El estudio se desarrolló en un municipio de tamaño medio, localizado en la región norte de Paraná. La producción de datos se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas con trabajadores de salud. Los datos se analizaron respetando todos los aspectos éticos. Los resultados revelaron que la apariencia y el idioma de los inmigrantes afectan la forma de atención de los trabajadores. Debido a esto, fue posible verificar una serie de implicaciones en las acciones y servicios ofertados a esa población, tales como: uso del protocolo, incluso si este no atendía a las necesidades específicas de los inmigrantes; la suposición de los motivos y necesidades de búsqueda de la población inmigrante para ser atendidos en servicios de salud; y la omisión en la realización de algunas acciones. Ante esto, la población de bangladesíes accede a los servicios de atención primaria de salud mucho más por su habilidad de adaptación que por la capacidad de los trabajadores de ofertar una asistencia de acuerdo con sus necesidades. Por tanto, es necesario observar de forma especial a los trabajadores que están inmersos en esta situación y pensar en qué formas de apoyo se le pueden ofrecer a un equipo de salud que trata cotidianamente con población inmigrante.

Emigrantes e Inmigrantes; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud

Recebido em 09/Mai/2019
Versão final reapresentada em 02/Jan/2020
Aprovado em 29/Jan/2020