

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PARTE FUNDAMENTAL DA REDE DE ACOLHIMENTO DO IMIGRANTE

Resumo

Brasil é a décima economia mundial e o país com o maior produto interno bruto da América Latina. Não obstante, a língua falada no seu território é diferente, resultado da histórica divergência da sua colonização. As colônias espanholas sofreram uma divisão regional, criando diversos países com governos e dinâmicas próprias podendo explicar os problemas econômicos e sociais atuais parcialmente. No Brasil da conquista portuguesa até a década de 50, os fluxos migratórios foram na sua maioria da África, Europa e Ásia. Entretanto, nas últimas décadas a crise humanitária haitiana e venezuelana apresenta novos desafios para sociedade brasileira e o Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção primária em saúde (APS) como principal porta de entrada e tendo o Médico de Família e Comunidade (MFC) em concordância com o atendimento integral e continuado de todo indivíduo, independente da sua condição mental, física, econômica e situação migratória. Sendo um elemento fundamental na rede de acolhimento ao imigrante.

Palavras-chave: migração humana, atenção primária à saúde, medicina de família e comunidade

Historial del artículo

Fecha de recibido: 08-03-2023 | Fecha de aceptado: 06-06-2023

© 2023 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v5i1.689

¹Mauricio Humberto Pena Márquez. Residente do 2º ano de Medicina de Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública SEMSA. Manaus. Av. Mario Ypiranga, R. Penetração, 1689 - Nossa Sra. das Graças, Manaus - Estado de Amazonas. Mario Ypiranga, R. Penetração, 1689 - Nossa Sra. das Graças, Manaus - Estado de Amazonas, Endereço Postal 69057-002. Telefone +55 92 995269812. Autor para correspondência. Correio eletrônico: mauriciopenhamarquez@gmail.com

²Alexsandro Silva da Costa. Médico de Família e Comunidade. Professor Especialista. Escola de Saúde Pública SEMSA- Manaus

PRIMARY HEALTH CARE AS A FUNDAMENTAL ELEMENT OF THE IMMIGRANT RECEPTION NETWORK

Abstract

Brazil is the tenth largest economy in the world and the country with the highest gross domestic product in Latin America. However, it does not share the same language with its neighbors, because of the historical divergence of its colonization. The Spanish colonies became independent, forming various countries with their own governments and dynamics that partially explain the current economic and social problems. In Brazil, from the Portuguese conquest until the 1950s, migratory flows were mostly from Africa, Europe, and Asia. However, in recent decades the Haitian and Venezuelan humanitarian crisis presents new challenges for society and the Brazilian local health system. Primary health care as the gateway and the family and community physician as the professional responsible for providing comprehensive and ongoing care to all individuals, regardless of their mental, physical, economic, and migratory condition. It is a fundamental element in the immigrant reception network.

Keywords: human migration, primary health care, family practice

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO PARTE FUNDAMENTAL DE LA RED DE ACOGIDA DE INMIGRANTES

Resumen

Brasil es la décima economía mundial y el país con mayor producto interno bruto de Latinoamérica. Sin embargo, no comparte con sus vecinos la misma lengua, fruto de la divergencia histórica de su colonización. Las colonias españolas fueron independizándose, formando diversos países con gobiernos y dinámicas propias que explican parcialmente los problemas económicos y sociales actuales. En Brasil desde la conquista portuguesa hasta los años 50 del siglo pasado, los flujos migratorios fueron en su mayoría de África, Europa y Asia. Sin embargo, en las últimas décadas la crisis humanitaria haitiana y venezolana presenta nuevos desafíos para la sociedad y el sistema de salud local brasileño. La atención primaria en salud (APS) como puerta de entrada y el médico familiar y comunitario (MFC) como profesional responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo, independiente de su condición mental, física, económica y migratoria. Es un elemento fundamental en la red de acogida al inmigrante.

Palabras clave: migración humana, atención primaria en salud, medicina familiar y comunitaria

Introdução

Segundo dados demográficos obtidos do último censo realizado no país na década passada (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2000) a população brasileira estava composta de 97.342.162 mulheres e 93.390.532 homens, somando 190.732.694 pessoa.

A Organização Internacional para as migrações (OIM) é a agência das Nações Unidas para as migrações, a principal organização intergovernamental global que trabalha com o tema. Fundada em 1951, a organização trabalha em estreita colaboração com governos, outras organizações internacionais e sociedade civil sobre os desafios da migração. Com 166 estados membros, 8 estados observadores, 401 escritórios em 100 países e aproximadamente 9.000 funcionários, dedica-se a promover migração humana e para o benefício de todos, fornecendo assistência e aconselhamento para governos e migrantes (Torelly, 2017) (Do Prado & Coelho, 2015) (Feldman Bianco, 2018).

Com a aprovação da nova lei sobre migração, além das leis sobre asilo e tráfico de seres humanos, sancionadas em 1997 e 2016, o Brasil torna-se referência internacional por seu marco regulatório no referente a migração.

Neste trabalho a proposta é fazer um análise histórico e social das principais migrações no Brasil e a notabilidade da APS como porta de entrada ao SUS e a importância do Médico de Família e Comunidade como especialista em atender pessoas sem distinção de origem, língua, sexo ou religião.

Objetivos

2.1 Objetivo geral

Apresentar a importância da atenção primária em saúde no acolhimento ao imigrante.

2.2 Objetivos específicos

- Relatar o histórico das grandes migrações para o Brasil no século XVI e XXI.
- Descrever características de saúde pública no contexto de acolhimento ao imigrante.
- Apontar a notoriedade da Medicina de Família e Comunidade e suas ferramentas no acolhimento aos imigrantes.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, por meio de uma revisão de literatura, onde a fundamentação teórica foi a as bases de dados brasileira SCIELO, os Cadernos de Saúde Pública, a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério de Saúde e IBGE além de pesquisas em material jornalístico. Os descritores pesquisados foram: “Imigração e saúde”, “Atenção primária a saúde”, “Medicina de Família e Comunidade”.

Utilizou-se ainda os livros Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Gusso & Lopes, 2012) e Medicina Centrada na Pessoa (Stewart, 2017) que desempenham grande papel na formação do Médico de Família e Comunidade. Aliado à busca de fundamentação teórica, mostra-se ainda do MFC através de experiências enquanto residente de Medicina de Família e Comunidade.

O acesso e coleta foram realizados no período de Janeiro de 2022 até Novembro de 2022.

Histórico das grandes migrações para o Brasil

Pode-se considerar o início da migração para o Brasil o ano de 1530; a colonização portuguesa incentivou o plantio de açúcar. No entanto em meados do século XIX a chegada de migrantes não portugueses intensificou-se na regência de Dom João VI, isto fundamentado

no enorme tamanho do território brasileiro e os plantios de café (SMITH, 1990.). No século XX observou-se a migração de mão de obra qualificada (italianos, alemães, japoneses) e no século XXI uma migração do tipo “humanitária” onde o Brasil acolhe populações migrantes de países em situação de calamidade (Colômbia, Haiti, Bolívia, Venezuela, Paraguai).

A necessidade do povoamento do Brasil Colônia (século XVI e o início do XIX) trouxe migrantes da elite portuguesa –nobres intelectuais–necessários pro funcionamento administrativo e migrantes de regiões carentes da Metrópole em procura de terras e fortuna; porém também abriu espaço pro mercado de escravos negros da África, usados como mão de obra nas lavouras de açúcar, café e cacau (Ibge, 2000) (Vangelista, 1991.). Estima-se que aproximadamente 4 milhões de escravos e escravas chegaram ao Brasil (Marinucci, 2001) (Silva, 1826) (Marquese & Tomich, 2009).

Assim como os índios, perderam o direito de ir e ficaram confinados entre a senzala e o trabalho. A única mobilidade possível resultava da venda dos senhores, das perigosas fugas e andanças dos negros quilombolas. Há casos de escravos, homens e mulheres, movidos pelo desejo profundo de sua pátria, terem conseguido retornar à África, onde ainda conservam bens culturais adquiridos no Brasil (Ibge, 2000) (Marquese & Salles, 2016).

A abolição da escravidão em 1888 muda a postura das elites no poder, incentivando a migração de países europeus. estes qualificados para realização de trabalhos industriais e de manufatura. Os processos de migração mantêm-se ligados ao continente europeu e ao século XIX, em particular ao período de 1875. Assim, a chegada das comunidades de imigrantes no Brasil se dá diretamente à migração

italiana, mantendo a ideia de migração substituindo o trabalho escravo (Lia & Radunz, 2016) (Marinucci, 2001) (Soares, 2011).

Os processos migratórios dos séculos XIX e XX correspondem a um redimensionamento das formas de produção agrícola comercial e caracterizam uma trajetória de transformação cultural dos envolvidos neles. Uma nova identidade foi formada para a população local através desta experiência de migração (Lia & Radunz, 2016) (Cano, 2007).

O senador paulista Nicolau de Campos Vergueiro foi o primeiro dono de fazenda, em estimular a vinda de imigrantes para trabalhar na cafeicultura. Os primeiros imigrantes: o senador paulista Nicolau de Campos Vergueiro foi o primeiro fazendeiro a trazer imigrantes para trabalhar na cafeicultura. Esses imigrantes eram contratados em regime de parceria; davam ao proprietário uma parte da colheita e ficavam com outra parte. No entanto, eram enganados e muito explorados pelos fazendeiros. Eles trabalhavam do nascer ao pôr do sol e eram tratados como escravos. Como resultado os imigrantes se unem e se revoltam contra a exploração violenta de que são vítimas. A consequência foi o completo fracasso do sistema de parceria, que em princípio desencorajava a chegada de novos imigrantes. (Cotrim, 1994). A cafeicultura não podia mais contar com mão de obra escrava, por causa do aumento da demanda pelo produto em formas de produção mais modernas. O trabalho livre era a única solução. A migração seria a melhor alternativa, mas sem cair nos erros do senador Vergueiro (Pedro & Lima, 2004).

Além disso, o trabalho dos imigrantes trouxe benefícios muito importantes para o sul do Brasil. Não tinha a função oficial de substituir o trabalho escravo, mas fomentou uma euforia

em ter trabalhadores brancos, principalmente domésticos (Lia & Radunz, 2016) (Gonçalves, 2017) (Gebara, 1986).

Mas não se pode esquecer a imigração de outros grupos que contribuíram para a diversidade religiosa e religiosa do Brasil; os turcos, os holandeses, os japoneses, os chineses, os sírio-libaneses, os judeus, etc. Em geral, a combinação de fatores como crises econômicas, guerras, conflitos, envolvimento políticos, trazem essas pessoas a novas terras fugindo dos seus países de origem (Marinucci, 2001) (Martins, 1973) (Skidmore, 1976).

No século XX, ocorre a institucionalização da migração com a criação pelo Decreto-Lei n.º 406, de 4 de maio de 1938 do Conselho de Imigração e Colonização, com o objetivo de coordenar e sistematizar todos os assuntos relacionados à imigração, colonização e concentração de estrangeiros no país. Foi extinto em 1954, quando foi fundado o Instituto Nacional de Imigração e Colonização (Abreu, 1996).

A criação do conselho fazia parte de um conjunto do qual, nos anos 1930, mudou toda a legislação de imigração. Essa mudança foi consequência natural do forte fluxo de imigrantes para Brasil, provocado pelos eventos ocorridos na Europa na Primeira e Segunda Guerra Mundial (Abreu, 1996). (Ibge, 2000) (Figuerdo & Zanelatto, 2017).

Muitos estudos também buscaram estabelecer o desempenho do conselho no pós-guerra e indicavam a adoção de legislação mais liberal para os estrangeiros e o favorecimento dos “imigrantes europeus brancos (Abreu, 1996) (Marinucci, 2001).

O conselho estabeleceu os princípios gerais da política imigratória brasileira, dentre os quais se destacam: os fluxos imigratórios de origem europeia devem ser considerados indesejáveis; a

seleção de imigrantes deve ser feita de forma a admitir principalmente trabalhadores rurais, técnicos e classificados, e a distribuição dos diferentes grupos de imigrantes deve ser orientada pelo governo, levando em consideração conta o clima, capacidade e padrão de vida do imigrante (Cortés, 1957) (Abreu, 1996).

O Instituto Nacional de Imigração e Colonização (INIC) foi criado pela Lei nº 2.163, de 5 de janeiro de 1954. Cabia ele orientar e promover a seleção, a entrada, a distribuição e a fixação de imigrantes no país. 70% dos imigrantes que entravam no país destinavam-se à agricultura (Cortés, 1957) (Abreu, 1996).

Nos anos 50, 60 e 70 observa-se diminuição da entrada de estrangeiros ao país, fruto do período de austeridade decretada pelo regime militar (Torelly, 2017) (Marinucci, 2001).

O pobre crescimento do Brasil nos anos 80. Caracterizaram um interesse de brasileiros para migrarem, fazendo do Brasil um país de emigração. Mais de 600.000 pessoas saíram do país, com destino a Estados Unidos, Japão, Bolívia, Paraguai e Uruguai (Figueredo & Zanelatto, 2017) (Brzozowski, 2012).

As correntes migratorias mudaram dos anos 1990 e mediados dos 2000, nesses anos a maioria dos migrantes eram de empregadores e pesquisadores de países desenvolvidos (Bermudez, 2022).

Migrantes da Latinoamerica representam a maioria daqueles que entraram no país durante a última década (2011 a 2019); Entre os imigrantes de longo termo, que fixam residência e se estabelecem por aqui, a Venezuela lidera (142.250), seguida de Paraguai (97.316), Bolívia (57.765), Haiti (54.182) e Colômbia (35.562). Somados, eles são 53% do total de registros (Lima, 2021) (Noticias R7, 2021)

No dia 11 de janeiro de 2010, um sismo de magnitude 7.2 na escala de Richter atingiu Haiti, uma ilha no Caribe, matando 300.000 mil pessoas e gerando uma calamidade humanitária sem precedentes neste país; Nesse mesmo ano o país foi atingido por uma epidemia de cólera, (Lara, 2021). A política externa brasileira, interesses de empresas nacionais e imagem acolhedora do país e a presença do MINUSTAH Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti, criada em 2004 e chefiada pelo Brasil incentivaram a migração haitiana pro Brasil. (Marcos, 2021) (Figueredo & Zanelatto, 2017).

A segunda metade da década (2015-2019) foi marcada pela migração venezuelana. Na década de 2010-2020, os fluxos migratórios, chamaram-se de migração de crise, independentes do momento econômico do país. Venezuela por ser um Estado vizinho, passou a receber grande número desses migrantes (Lima, 2021). Porém a barreira da língua funciona com uma limitação a migração; dos 7.1 milhões de venezuelanos fora do seu país de origem (20 % do total da população), 365.000 migraram pro Brasil, sendo este o sétimo país a receber estes migrantes em quantidade (Bermudez, 2022) (UNICEF, 2019) (HRW, 2018).

Quanto aos imigrantes, atualmente em situação regular, no Brasil, é importante mencionar que eles permanecem menos de 1% do total da população brasileira (Marinucci, 2001) (Teixeira, 2020).

Políticas de saúde pública relacionados ao atendimento da população imigrante

No período do Brasil Colônia-Império, o Estado português visava a tarefa de estabelecer intervenções nas cidades com alto nível do comércio e importação de escravos. Os portos e os armazéns de desembarque de escravos ficavam longe das cidades em locais apartados,

onde eram separados por doentes e não doentes, evitando a mistura com a população local (Moreira, 2018) (Machado, 1978).

Estudos históricos e antropológicos destacam os vínculos com as ideias de “branqueamento” do brasileiro ao misturar populações locais com populações brancas de origem europeia, visando o aprimoramento da “raça”. Esta reflexão baseou-se em ideias de diminuição da população negra em relação à população branca por razões associadas: a suposta baixa fertilidade dos mulatos negros, uma suposta inferioridade intelectual, uma incidência maior de doenças nesta população e a desorganização na tradição portuguesa de mestiçagem, dada pela imigração europeia (Granada, 2017) (Lia & Radunz, 2016).

O século XIX marca para o Brasil um processo de transformação política e econômica que alcança o âmbito da Medicina, iniciando duas de suas características: a penetração na sociedade, que incorpora o meio urbano como cenário de reflexão e da prática médica, e a situação de apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado (Moreira, 2018).

A medida que o processo imigratório se intensificou nos Estados do Sul e Sudeste do Brasil, surgiram as epidemias de febre amarela nas cidades do interior. Ademais, os imigrantes traziam doenças novas, como a cólera, a escarlatina e o tifo (Granada, 2017) (Moreira, 2018) (Rebelo, 2013) (Rebelo, 2018).

Novas práticas de defesa da saúde nos portos proporcionaram maior segurança para as autoridades e a população no combate às epidemias; uma profilaxia mais “racional”, governada por cientistas estabelecidos e regulamentos de saúde. Assim como as necessidades de isolamento, desinfecção, inspeção, exames e todos os tipos de suspeitas geradas pelo processo de imigração (Rebelo, 2018) (Loureiro, 2004).

Se fez necessário proteger os imigrantes das doenças e os serviços sanitários recém fundados realizaram investigações sobre epidemias e doenças. Os trabalhos de Adolfo Luiz, Emilio Ribas, Oswaldo Cruz sobre a aplicação de medidas sanitárias e o combate intensivo contra a epidemia principalmente de febre amarela e outras doenças endêmicas (Moreira, 2018) (Almeida, 1999-2000).

É de extrema importância entender o papel da Febre Amarela no desenvolvimento da saúde pública e o atendimento aos migrantes trabalhadores estrangeiros vindos para lavoura no Brasil; propagando ideais sanitaristas preventivas; a dieta do brasileiro composto por cereais, carne seca e carne de porco diferente dos costumes alimentícios europeus, deram uma má reputação aos trópicos como clima insalubre e fonte de doenças (Berlinguer, 1987).

Porém essa mesma doença que mata e deixa doentes e incapacitados milhares de trabalhadores, incentiva a criação de grandes referentes da Higiene no país; O Instituto Soroterápico Municipal em 1900 (Atual Bio-Manguinhos/Fiocruz), referente Nacional e Internacional em elaboração de produtos biológicos e pesquisa básica aplicada (Fiocruz, 2022).

O cenário dos anos 20, em tempos do Serviço de Profilaxia Rural, ente criado com o dever de controlar as grandes endemias das regiões agrárias (onde chegavam principalmente os migrantes europeus e asiáticos): a ancilostomose, a malária e a doença de Chagas (Moreira, 2018). Entretanto observamos a negligência dos governos da época com as doenças que atingiam aos negros (Tuberculose e varíola) em comparação as doenças que atingiam os migrantes recém instalados no país, como a febre amarela (Granada, 2017).

Numa época em que a febre amarela era a mais frequente e a mais letal das epidemias que afetavam e matavam principalmente estrangeiros, a defesa dos fluxos migratórios era um dos eixos norteadores das ações de saúde pública. A organização autoritária do Estado brasileiro não dava espaço à implantação de ações individuais de assistência à saúde, sempre reivindicado pela população urbana e rural. Foi com o desenvolvimento da medicina de previdência social do país, nos anos de 1930, que as ações assistenciais se generalizaram (Telarolli, 1996) (Marinucci, 2021) (Figueredo & Zanelatto, 2017).

Nas próximas décadas o fluxo migratório diminui e as políticas públicas de saúde entram num processo de consolidação de atenção ao trabalhador formal e se mantém praticamente as formas sanitaristas de combate à doença. Até os anos 80 com o fim da ditadura e o início da redemocratização e criação do Sistema Único de Saúde; sendo universal gratuito e produto de uma ampla discussão da sociedade brasileira (Mota, 2014).

Observamos o Brasil como receptor de migrantes no início e meados do século XX, porém até meados dos anos 1980, não se apresentaram grandes fluxos migratórios, e com a crise do capitalismo mundial e interrupção da vinda de inversores estrangeiros no país podem ser as causas apontadas como fatores desse cenário que estendeu-se até meados da década de 1990 (Figueredo & Zanelatto, 2017).

Um aumento da migração internacional no Brasil só pode ser observado a partir dos anos 2000, aumentando a partir de 2005, a região também passou a receber imigrantes em busca de trabalho e sobrevivência em lugares culturalmente muito distintos (Granada, 2017) (Fernández, 2018).

As questões relacionadas à saúde no contexto da migração são fundamentais para uma análise das condições de qualidade de vida e inclusão social nesse processo. Chegar a um país com códigos culturais diferentes, condições muitas vezes desfavoráveis de trabalho e organização política de saúde diversificada fez e ainda faz saúde e acesso à sua assistência uma central para entender a chegada e permanência de milhares de pessoas no Brasil (Torelly, 2017) (Bassanezi & Beozzo, 1995).

A atenção à saúde e o direito de acesso à política nacional de saúde são questões que ressurtem nesse contexto, visto que parece haver uma das estratégias de ação do Estado frente às demandas de saúde dos grupos de imigrantes (AGUIAR, 2013).

Pesquisas recentes e análises fazem da questão da imigração e saúde uma das questões atuais ligadas aos direitos humanos. Segundo as Nações Unidas, os conflitos internacionais e naturais aparecerão, nas próximas décadas, como os fatores mais relevantes da imigração forçada e, com as perspectivas de globalização do trabalho, serão já agendadas políticas respondendo às demandas de saúde de pessoas que deixam seus países de origem como tem acontecido na última década (Aguiar, 2013) (Mota, 2014).

A Constituição brasileira, em seu artigo 5.º, estabelece a igualdade entre brasileiros e estrangeiros residentes nos quais garante o acesso às políticas públicas de saúde aos imigrantes; Diferenças culturais e línguas pode ser uma fonte de estigma nos países de acolhimento, e as vulnerabilidades sociais do estatuto indeterminado dos cidadãos constituem obstáculos ao sistema de saúde (Santos, 2016).

Porém o Sistema único de Saúde tem respondido às exigências impostas por um inesperado número de novos usuários, dados os princípios doutrinários que o fundamentam.

O papel do médico de família e comunidade na atenção primária à saúde no acolhimento ao imigrante

A declaração de Alma Ata sobre cuidados primários no ano de 1978 formulou vários enunciados fundamentais para o desenvolvimento da APS; estabelecia enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - era um objetivo mundial. A promoção e proteção da saúde das pessoas contribuiriam para melhorar a qualidade de vida. Os cuidados oferecidos pela atenção primária à saúde justificavam-se como peça chave. Cuidados baseados em métodos e tecnologias práticas, com cunho científico e aceitáveis socialmente, dispostas universalmente para indivíduos e famílias da comunidade. Com um custo realista para manter o seu desenvolvimento (MS, 2002).

A atenção primária seria pilar do sistema de saúde do país, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, sendo levado o mais perto possível onde as pessoas moram, trabalham e convivem; constituindo o elemento primário do cuidado continuado de assistência em saúde (MS, 2002).

A atenção primária à saúde tem como atributos essenciais atendimento de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e como atributos derivados orientação familiar e comunitária e competência cultural. Esses atributos na Estratégia Saúde da Família, são um esforço político-governamental para mudar o modelo de atenção de dentro do contexto do SUS (Oliveira & Pereira, 2013)

O médico de família e comunidade – especialista que presta cuidados personalizados e continuados a indivíduos e famílias de uma determinada população independentemente da idade, sexo ou problema de Saúde- inserido na política pública da ESF e a APS, forma uma tríade fundamental para desenvolver o método centrado na pessoa (Stewart, 2017) (Gusso & Lopes, 2012).

Quer-se apontar rapidamente possíveis contribuições que os médicos de família podem dar ao desenvolvimento da atenção primária à saúde e do SUS no Brasil. Uma primeira contribuição diz respeito à consolidação e à qualificação das residências em Medicina de Família e Comunidade, que tiveram um aumento importante de vagas após a implantação dos Mais Médicos com a criação de 4.700 vagas, nos últimos três anos. Ingressar na preceptoría dessas residências, investir em sua própria formação docente, pressionar pela melhoria dos campos de prática parece ser tarefa central neste momento do país para garantir a consolidação de modelo de atenção à saúde centrado na atenção primária à saúde. (COELHO N, 2019).

Neste contexto a Medicina de família e Comunidade pode construir caminhos para resolução da saúde dos migrantes onde deve-se necessariamente incluir uma visão da sociedade baseada em direitos e política social. Assim, a organização do setor saúde reconheceria a universalização do acesso aos serviços para os imigrantes. De forma complementar, é necessário garantir cuidados de saúde aos imigrantes em estruturas baseadas em ações competentes, que permitam o acolhimento de grupos de imigrantes com concepções e práticas de saúde normalmente diferentes das ambiente sociocultural em que vivem e se movimentam(-Mota, 2014).

É importante que os médicos de família e comunidade reconheçam que possuem um conjunto de premissas e valores centrais que influenciam o seu comportamento e a sua interpretação do que é dito pelos outros. Devido a essa complexidade, esses aspectos precisam estar na discussão do processo saúde-doença e na construção do plano de cuidado compartilhado (Gouveia, 2019).

O reconhecimento das características culturais dos grupos sociais e suas diferentes necessidades e concepções do processo saúde-doença é um importante atributo derivado da atenção primária: a competência cultural. Através deste atributo, é possível desenvolver ligações fortes com indivíduos e famílias alvos de cuidados de saúde, para alcançar maior satisfação, diagnósticos mais precisos e uma maior adesão ao tratamento (Starfield, 2010).

Num questionário de 22 perguntas feito por um grupo de pesquisadores em Ibero América (Fernández, 2018) , abrangendo 13 países da região, chegou-se à conclusão proposta pelo Grupo de Trabalho sobre Migração e Saúde da VII Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família de:

- 1) Reconhecer o direito à saúde dos migrantes e suas famílias.
- 2) Incorporar em cursos de graduação, pós-graduação e educação continuada, as competências necessárias para o atendimento integral dos migrantes e suas famílias.
- 3) A criação de um observatório da saúde dos migrantes.

A Espanha é o único país com um papel definido do Médico de Família e Comunidade no atendimento à saúde o migrante; porém faz-se a necessidade de individualizar e personalizar à atenção ao paciente imigrante. Um prontuário

médico que inclua aspectos relacionados ao processo migratório e uma exploração física minuciosa para chegar ao diagnóstico nestes pacientes. Também é importante o acolhimento aos problemas psicológicos, socioculturais e religiosos que possam influir na vida da pessoa e sua família, lembrando o processo de migração como um acontecimento vital estressante, devendo estar atento à apresentação de quadros psiquiátricos graves (Fernández, 2018).

No Brasil experiências na APS com o papel dos MFC trouxeram uma maior resolução de problemas dos imigrantes, um maior número de mulheres e crianças acolhidas e equipes mais preparadas e treinadas no acolhimento ao imigrante (Cardoso, 2020) (García, 2020) (Campos, 2022) (Losco, 2021).

O médico de Família e Comunidade ao atender um imigrante deve ser capaz de ofertar um atendimento médico, culturalmente apropriado, eficiência clínica competente culturalmente, flexível, ser sensível e respeitoso (Fernández, 2018). Essas são as características e qualidades ter em conta num profissional médico disposto atender quaisquer populações seja esta migrante ou não, sendo parte fundamentalmente do programa de residência médica de Medicina de Família e Comunidade.

Conclusões

Concluimos assim que a migração é um fenômeno complexo cujos dados reais são difíceis de se conhecer por conta de fatores como o elemento clandestinidade presente no processo migratório. Para o migrante ser clandestino viver nas sombras, ser “underground”, à margem da sociedade - é uma estratégia muitas vezes utilizada mas também, por vezes, imposta à grande maioria destes, em geral vulnerável e exposta à exploração e carente em relação ao acesso aos serviços básicos.

A revisão histórica da imigração desde o descobrimento do país objetiva deixar clarividente que o Brasil é conformado por povos de muitas nações, elucidando assim que um país construído por tantas nacionalidades deve se saber diverso. Os que advogam pelo fechamento das fronteiras precisam se dar conta que suas raízes genealógicas tem uma conformação multicultural. Talvez, assim, possam finalmente entender que são uma gota d'água num rio comprido e largo chamado mundo. Um mundo que estará sempre mudando como a vida, apesar dos que insistem em se enclausurar e fechar suas fronteiras contra a migração.

Os grandes fluxos migratórios devem ser encarados como uma oportunidade de construção de uma sociedade multicultural, democrática e inclusiva. Esses seres humanos que migram por catástrofes sociais, naturais, ou simplesmente em busca de melhoria de vida, não devem ser hostilizados. Afinal, minimamente o migrante oferta sua mão de obra. Seja ela qualificada ou não, com as políticas públicas adequadas se converte em valiosa contribuição para o mercado de trabalho.

Ao mesmo tempo em que o migrante oferece riqueza cultural, aporta para a diversidade do país e oferta sua mão de obra, inegavelmente também consiste em população que demanda por todos os serviços básicos essenciais. No âmbito da demanda por saúde, como solução protagonista está a Atenção Primária em Saúde APS. No Brasil, o acesso à saúde é um direito universal e gratuito. A universalidade significa que deve ser indistintamente garantido não importa a nacionalidade de quem precisa acessar, seja brasileiro, seja estrangeiro, residente ou em trânsito pelo país. A APS como estratégia na atenção saúde caracteriza-se por focar na prevenção, e assim reduzir os custos com o agravamento das doenças. Um benefício ao seu público que se converte em economia para o país em gasto com saúde.

É necessária a formulação de políticas de saúde que contemplem os momentos do processo migratório e suas especificidades. Só assim garantiremos que de fato o acesso à saúde seja universal, como o Brasil e sua Constituição pretendem. Neste contexto está a Medicina de Família e Comunidade - MFC.

O currículo básico da residência em MFC estimula uma linguagem universal extremamente útil na arte do cuidado da saúde, a linguagem do saber escutar. Ser escutado é um ato que dá visibilidade e pro migrante, intrinsecamente ligado com o fator clandestino, significa permitir que o ser humano volte a existir e ter seu va-

lor. Muitos pacientes comparecem às consultas somente para serem escutados, os estrangeiros só para dizer um “oi”, só para contar suas histórias dolorosas (que foram, ou são também as minhas), contar seus relatos de solidão, medo e isolamento.

Assim, não podemos pensar num Sistema Universal de Saúde sem a Medicina de Família e Comunidade, sendo de vital importância o treinamento de profissionais médicos nesta especialização para assim serem capazes de lidar com a atenção primária e garantir o acesso à saúde a todos indistintamente.

Referências Bibliográficas

ABREU, A. A. (1996). Conselho-de-imigracao-e-colonizacao. FGV, CDPOC. Acesso em 29 de novembro de 2022, disponível em <https://www18.fgv.br/CPDOC/acervo/dicionarios/verbete-tematico/conselho-de-imigracao-e-colonizacao>.

AGUIAR, M. E. (2013). Tecnologias e cuidado em saúde: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso do imigrante boliviano e coreano no bairro do Bom Retiro-SP [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

ALMEIDA, M. (NOV-FEV de 1999-2000). Combates sanitários e embates científicos: Emílio Ribas e a febre amarela em São Paulo. HISTÓRIA, CIÊNCIA, SAÚDE- MANGUINHOS, 6(3), 577.

BASSANEZI, M., & BEOZZO, C. (1995). Imigrações internacionais no Brasil: um panorama histórico. Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo. FNUA.

BERLINGUER, G. (1987). Medicina e política. Hucitec.

BERMUDEZ, À. (14 de Outubro de 2022). Por qué hay ahora una migración masiva de venezolanos a EE.UU. a través de México. BBC Noticias. Acesso em 2022 de 11 de 21 em <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-63252140#:~:text=Unos%207%2C1%20millones%20de,correspondientes%20a%20septiembre%20de%202022>.

BRZOSOWSKI, J. (AGOS de 2012). Migração internacional e desenvolvimento econômico. Estudos Avançados, 26(75). <https://doi.org/10.1590/S0103-40142012000200009>

CAMPOS, A. e. (2022). Cuidados de enfermagem a pessoas migrantes: encontros interculturais em saúde. Em E.S.C. Rocha, N.N. Toledo, R.M.P. Pina, R.S.F. Pereira, E.S. Souza (Orgs.), Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Acesso em 2022 de 12 de 10, disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c08>

CANO, W. (2007). Raízes da concentração industrial em Sao Paulo.UNICAMP. <https://www.economia.unicamp.br/images/publicacoes/Livros/geral/Raizes-da-concentracao-industrial-em-Sao-Paulo.pdf>

CARDOSO, D. A. (2020). Acolhimento e humanização da atenção aos haitianos: uma ação interprofissional. Tempus, actas de saúde colet, Brasília 14(3), 135-142.

COELHO N, G. E. (2019). A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, 35(1). Acesso em 06 de novembro de 2022, disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>

CORTÉS, C. (1957). Instituto-nacional-de-imigracao-e-colonizacao-inic. FGV, CDPOC. Acesso em 29 de novembro de 2022, disponível em <https://www18.fgv.br/CPDOC/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-imigracao-e-colonizacao-inic>

COTRIM, G. (1994). História e consciência do mundo. Saraiva.

DO PRADO, E., & COELHO, R. (2015). Migrações e Trabalho. MPT. http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Livro_Migracoes_e_TrabalhoWEB.pdf

FELDMAN-BIANCO, B. (Agosto de 2018). O Brasil frente ao regime global de controle das migrações: Direitos humanos, securitização e violências. TRAVESSIA - Revista do Migrante, Ano XXXI(83). <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r38868.pdf>

FERNANDEZ, M. R. (2018). A salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica. Revista Bras Medicina Familiar Comunidade, 13(Suppl 1), 84-112. Acesso em 2022 de dezembro de 06 [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1858](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1858)

FIGUEREDO, L. O., & ZANELATTO, J. H. (2017). Trajetória de migrações no Brasil. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences, 39(1), 77. Acesso em 29 de novembro de 2022, disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/3073/307350907009.pdf>>

FIOCRUZ. (2022). Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos). Acesso em 30 de novembro de 2022, disponível em <https://portal.fiocruz.br/instituto-de-tecnologia-em-imunobiologicos-bio-manguinhos>

GARCIA D, k. e. (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, 36(8), e00087019. Acesso em 2022 de 12 de 10 , disponível em doi: 10.1590/0102-311X00087019

GEBARA, A. (1986). O mercado de trabalho livre no Brasil (1871-1888). Brasiliense.

GONÇALVES., P. (Dez. de 2017). Escravos e imigrantes são o que importam: fornecimento e controle da mão de obra para a economia agroexportadora Oitocentista. Almanack, (17). <https://doi.org/10.1590/2236-463320171710>

GOUVEIA, E. e. (2019). Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Revista Brasileira de Educação Médica, 43(suppl 1). Acesso em 06 de dezembro de 2022, disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>

GRANADA, D. a. (Apr-Jun de 2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 21(61). Acesso em 30 de novembro de 2022, disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>

GUSSO, G., & LOPES, J. (2012). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. Artmed.

HRW. (2018). O êxodo venezuelano: a necessidade de uma resposta regional a uma crise migratória sem precedentes. WWW.HRW.ORG. <https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/venezuela0918port.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2000). Brasil: 500 anos de povoamento. Rio de Janeiro, 2000. Apêndice: Estatísticas de 500 anos de povoamento, p. 226. Acesso em 22 de 11 de 2022, disponível em <https://brasil500anos.ibge.gov.br/estatisticas-do-povoamento/imigracao-por-nacionalidade-1884-1933.html>

LARA, R. (14 de Agosto de 2021). Em 2010, terremoto de magnitude similar matou mais de 200 mil pessoas no Haiti. CNN Brasil. Acesso em 2022 de 11 de 21, disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/em-2010-terremoto-de-magnitude-similar-matou-mais-de-200-mil-pessoas-no-haiti/>

LIA, C. F., & RADÜNZ, R. (Jul-Sep de 2016). Os processos imigratórios dos séculos XIX e XX: diálogos entre o saber acadêmico e a Educação Básica. Educar em Revista, (61). Acesso em 2022 de novembro de 29, disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-4060.46330>

LIMA, B. (07 de Agosto de 2021). Latino-americanos são maioria entre estrangeiros no Brasil nos últimos 10 anos. Correio Braziliense. Acesso em 2022 de 11 de 2022, disponível em <https://www.correio braziliense.com.br/brasil/2021/08/4946194-dados-da-imigracao.html>

LOSCO, L. e. (2021). Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. Interface (Botucatu). Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 25. Acesso em 2022 de 12 de 10, disponível em <https://doi.org/10.1590/interface.200477>

LOUREIRO, A. J. (2004.). História da medicina e das doenças no Amazonas. Impresso nas oficinas da gráfica Lorena.

MACHADO, R. E. (1978). Danação da Norma; Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil. Graal.

MARCOS. M., S. (21 de setembro de 2021). Mesmo com cenário desfavorável, imigrantes haitianos seguem buscando o Brasil. Por quê? Jornal da USP. Acesso em 24 de 11 de 2022, disponível em <https://jornal.usp.br/ciencias/mesmo-com-cenario-desfavoravel-imigrantes-haitianos-seguem-buscando-o-brasil-por-que/>

MARINUCCI, R. (14 de novembro de 2001). O fenomeno migratorio no Brasil. Acesso em 2022 de 11 de 29, disponível em <https://www.migrante.org.br/migracoes/o-fenomeno-migratorio-no-brasil/>

MARQUESE, R., & SALLES, R. (2016). A escravidão no Brasil oitocentista. Civilização Brasileira.

MARQUESE, R., & TOMICH, D. (2009). O Vale do Paraíba escravista e a formação do mercado mundial do café no século XIX. Em K. GRINBERG, R. SALLES, (orgs.). O Brasil imperial, volume II: 1831-1870. Civilização Brasileira.

- MARTINS, J. d. (1973). A imigração e a crise no Brasil agrário. Livraria Pioneira Editora.
- MOREIRA, G. (2018). ORIGEM DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: DO BRASIL-COLÔNIA A 1930. Acesso em 30 de NOVEMBRO de 2022, disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>.
- MOTA, A. e. (2014). Saúde e História de Migrantes e Imigrantes. Direitos, Instituições e Circularidades. Acesso em 30 de novembro de 2022, disponível em https://www.fm.usp.br/museu/conteudo/museu_132_colecao_med_saud_hist_vol_5.pdf
- MS. (06 de fev de 2002). Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Acesso em 30 de novembro de 2022, disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- OLIVEIRA, M. A., & PEREIRA, I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. . Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 66, 158-164.
- PEDRO, A., & LIMA, L. d. (2004). História da civilização ocidental. FTD.
- NOTÍCIAS R7 (24 de Janeiro de 2021). Crescem pedidos de naturalização de estrangeiros haitianos lideram. Acesso em 21 de 11 de 2022, disponível em <https://noticias.r7.com/brasil/crescem-pedidos-de-naturalizacao-de-estrangeiros-haitianos-lideram-25012021>
- REBELO, F. (July-Sept de 2013). Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, 20 (03). Acesso em 30 de novembro de 2022, disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-5970201300030000003>
- REBELO, F. e. (Jan-Mar de 2018). Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. Saúde sociedade, 27(1). Acesso em 2022 de novembro de 30, disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870>
- SANTOS, F. (2016). A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de transporte brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 23(2), 477-494.
- SILVA, J. E. (1826.). Memória sobre a escravatura e projeto de colonização de europeus, e pretos da África no Império do Brasil. Typographia de Plancher.
- SKIDMORE, T. E. (1976.). Preto no Branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro. 2ª ed. Paz e Terra.
- SMITH, R. (1990.). Propriedade da terra e transição: estudo da formação da propriedade privada da terra e transição para o capitalismo no Brasil. Brasiliense.

SOARES, W. M. (JAN-JUN. de 2011). ITALIANOS NO BRASIL: SÍNTESE HISTÓRICA E PREDILEÇÕES TERRITORIAS. FJP. <http://repositorio.fjp.mg.gov.br/bitstream/123456789/3503/1/Italianos%20no%20Brasil.pdf>

STARFIELD, B. (2010). Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução: Anelise Teixeira Burmeister. Artmed.

Stewart, M. e. (2017). Medicina centrada na pessoa : transformando o método clínico. RIA. Acesso em 2022 de dezembro de 06, disponível em <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1319>

TEIXEIRA, L. B. (18 de AGOSTO de 2020). O Brasil tem pouco imigrante: presença estrangeira no país hoje é uma das menores da história e do mundo. Mesmo com os venezuelanos chegando. UOL Notícias. <<https://www.uol.com.br/noticias/especiais/imigrantes-brasil-venezuelanos-refugiados-media-mundial.htm#o-brasil-tem-pouco-imigrante>>.

TELAROLLI Jr., R. (1996). Immigration and epidemics in the State of São Paulo. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, III(2), 265-283.

TORELLY, M. e. (2017). Visões do contexto migratório no Brasil. Portal de Imigracao. Acesso em 29 de novembro de 2022, disponível em https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes/visoes_do_contexto_migratorio_no_brasil_VOLUME1.pdf

UNICEF. (2019). Crise migratória venezuelana no Brasil. <<https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>>

VANGELISTA, C. (1991.). Os braços da lavoura: imigrantes e caipiras na formação do mercado de trabalho paulista (1850-1930). Hucitec/Istituto Italiano di Cultura/Istituto Cultural Ítalo-Brasileiro.