

PERFIL DOS IMIGRANTES E REFUGIADOS ADSTRITOS A UMA UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

PROFILE OF IMMIGRANTS AND REFUGEES ASSIGNED TO A PRIMARY HEALTH CARE UNIT OF THE CONCEIÇÃO HOSPITAL GROUP

Paolla Zellya Borges

Especialista em Saúde da Família e Comunidade
Residência Multiprofissional em Saúde
Grupo Hospitalar Conceição - GHC

Daniel Demétrio Faustino-Silva
Doutor em Saúde Bucal Coletiva
Serviço de Saúde Comunitária
Programa de Pós-graduação em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS
Grupo Hospitalar Conceição - GHC

RESUMO

Esta pesquisa foi feita acerca do perfil dos imigrantes e refugiados pertencentes ao território adstrito a uma unidade de atenção primária do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre - RS, por meio de um estudo descritivo transversal. Trouxe dados quantitativos do sistema de informações eletrônicas do GHC e relatos de experiência de atendimentos a essa população. O acesso foi classificado em três categorias: usuários que não acessaram a unidade, que acessaram o serviço multiprofissional e que acessaram o serviço de odontologia. Dos 29 imigrantes cadastrados na unidade, oito não foram atendidos na Atenção Básica. A maioria são homens com idades entre 30 e 51 anos. O país de maior emigração é o Senegal. As razões pela procura, tanto de saúde geral, quanto de saúde bucal, são em sua maioria relacionadas a questões agudas. Apesar das barreiras previstas e relatadas em experiências de atendimento, pode-se inferir o estabelecimento do

vínculo, embora com dificuldades. Conclui-se que as atuais políticas públicas no país poderiam ser suficientes para abranger a população imigrante e refugiada. A Estratégia da Saúde da Família pode ser uma maneira muito eficiente de conhecer, vincular e assistir essa população. A saúde geral e bucal ainda são vistas de maneira sintomática, tratando apenas a dor. Novas maneiras de educação em saúde devem ser exploradas, associando a formação profissional à comunicação com a população. Políticas públicas de acesso para essa população devem ser estabelecidas a fim de aprimorar o cuidado.

Palavras-Chave: Refugiados, Classificação Internacional de Doenças, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This research was made about the profile of immigrants and refugees belonging to the territory attached to a primary care unit of the Community Health

Service of Grupo Hospitalar Conceição (GHC), in Porto Alegre - RS, through a cross-sectional descriptive study. It brought quantitative data from the GHC's electronic information system and reports of experience of assistance to this population. Access was classified into three categories: users who did not access the unit, who accessed the multidisciplinary service and who accessed the dentistry service. Of the 29 immigrants registered at the unit, eight were not treated in Primary Care. Most are men aged between 30 and 51 years. The country of greatest emigration is Senegal. The reasons for seeking both general health and oral health are mostly related to acute issues. Despite the barriers foreseen and reported in service experiences, one

can infer the establishment of the bond, although with difficulties. It concludes that the current public policies in the country could be sufficient to cover the immigrant and refugee population. The Family Health Strategy can be a very efficient way to get to know, link and assist this population. General and oral health are still seen symptomatically, treating only pain. New ways of health education must be explored, associating professional training with communication with the population. Public access policies for this population must be established in order to improve care.

Keywords: Refugees, International Classification of Diseases, Unified Health System, Primary Health Care.

Enviado: 05/2021
Aceito: 10/2021
Revisado: 12/2021

INTRODUÇÃO

Conforme a Lei da Migração, entende-se por imigrante “pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil”.¹ Já o refugiado é aquele que, conforme a lei que define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951.²

I - devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país;

II - não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve sua residência habitual, não possa ou não queira regressar a ele, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior;

III - devido a grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país.

Basicamente, considera-se refugiado alguém que não tem proteção do governo de seu país. Questões econômicas do país

de acolhida são menos importantes do que a segurança. Entretanto, o imigrante, ou migrante econômico, emigra de seu país voluntariamente, à procura de uma vida melhor, embora tenha garantida ainda a proteção do governo de seu país.³

O Brasil é um dos poucos países sem campos de refugiados. Além disso, possui uma quota anual de reassentamento, e também acolhe pessoas que chegam espontaneamente às suas fronteiras.³ A todo imigrante e refugiado são garantidos os mesmos direitos dos cidadãos do país de assentamento.^{1,2}

O sujeito imigrante sempre foi visto de forma “exótica”. Sempre um sujeito à margem, não-cidadão, que para ser aceito precisa ter seu status de “imigrante” fixado, imutável, sempre provisório. Ainda, como mão de obra barata, que deve trazer benefícios aos cidadãos naturais daquele país, daquele estado. Tendo sempre direitos parciais – afinal, para serem plenos, somente quando nacionais daquele território - um deles sempre tão negligenciado – a saúde, principalmente a saúde mental.⁴

Conforme o artigo 4º da Lei da Migração, de 2017, ao migrante são garantidos vários direitos tal qual aos nacionais, entre eles o direito ao acesso a serviços públicos de saúde.¹

Essa situação já estava prevista na Resolução Normativa nº 14 de 27 de dezembro de 2011, na qual o artigo 22 cita que os refugiados terão acesso ao sistema público de saúde em condição de igualdade.^{5,6}

No que tange à posição do Brasil em nível internacional, o país está sendo visto com bons olhos pelas organizações internacionais, uma vez que assume uma posição vanguardista. Enquanto muitos países estão fechando as suas fronteiras e aumentando restrições à imigração, o Brasil amplia os direitos dos imigrantes e facilita o processo para que obtenham seus documentos e regularizem sua situação no país.⁶

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) tem por lema o grande princípio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.³ O CONARE (Comitê Nacional para Refugiados) traz dados que citam um acumulado de 11.231 refugiados reconhecidos no Brasil. Além disso, há 161.057 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado em trâmite.⁷

Atualmente o país enfrenta uma situação alarmante, que é a vinda de um grande contingente de venezuelanos pela fronteira norte do Brasil. Só da Venezuela, temos 61.681 refugiados conhecidos no Brasil. Em segundo lugar, temos Haiti, seguido por Cuba, China, Bangladesh, Angola, Senegal, Síria e Índia, além de outros. No Brasil, até maio de 2019, são 6.554 pessoas (das 11.231 historicamente reconhecidas como refugiadas) que mantêm tal condição no Brasil. Segundo os dados da Polícia Federal e do ACNUR, até 06 de junho de 2019, estima-se que 4.001.917 são solicitantes de reconhecimento da condição de refugiado, refugiados e residentes no Brasil.⁸ Esses números aumentam com o passar dos anos.⁷

O sistema de saúde do país é o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado pela Lei n.º 8.080 de 1990.⁹ Conforme o artigo 4º, é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.⁹

Ainda, a Lei Orgânica da Saúde cita que a saúde é dever do Estado e direito de todo ser

humano. Para que esta se estabeleça, também são necessárias outras ações, tanto para as pessoas como para a comunidade, a fim de garantir condições de bem-estar físico, mental e social. Também é dever do SUS o estudo epidemiológico, identificando e divulgando fatores condicionantes e determinantes da saúde. Além disso, a capacitação e formação de recursos humanos para fortalecimento das práticas de saúde também é prevista pela Lei.⁹

O SUS tem como princípios a universalidade do acesso à saúde, a integralidade e a equidade. Também cita a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde, divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, entre outros.⁹ O SUS considera que nenhum tipo de atendimento pode ser negado a qualquer pessoa, principalmente quando se fala em Atenção Básica (AB).¹⁰ Para que esse atendimento seja de forma integral, universal e equânime, devem ser adotadas estratégias e políticas de saúde.

A AB visa à Estratégia de Saúde da Família (ESF), dirigida a populações de um território definido. Essa população terá acesso a uma Unidade Básica de Saúde perto de casa, da qual poderá e deverá participar juntamente às decisões. Tem por objetivo a prevenção, manutenção e promoção de saúde por meio de uma atenção integral, impactando inclusive na autonomia do sujeito. Trabalha com a adstrição dos usuários, de forma a vincular pessoas e famílias aos profissionais e equipes de vigilância em saúde. Esse vínculo é construído em relações de afetividade e confiança entre usuário e trabalhador de saúde, trabalhando a corresponsabilização pela saúde, aumentando o potencial terapêutico.¹⁰

Vários estudos, embora alguns divergentes, apontam o chamado “efeito imigrante saudável”, no qual se observa uma melhor condição de saúde dos imigrantes quando chegam ao país de acolhimento, muitas vezes em vantagem aos próprios nativos do país.^{11, 12} Todavia, é possível observar barreiras que dificultam o acesso à saúde, principalmente no que diz respeito à promoção

e prevenção em saúde e informações sobre o funcionamento do sistema.¹³

Com essas barreiras do acesso, é mais flagrante ainda a importância do vínculo do paciente com os profissionais de saúde na AB. Esse vínculo se estabelece primordialmente nela, a principal porta de acesso ao Sistema de Saúde do Brasil e coordenadora do cuidado. Esta se materializa na Unidade Básica de Saúde (UBS), que deverá contar com estrutura e equipe mínima para oferecer atendimento à população. Ela poderá ser organizada como uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), de forma a expandir e qualificar o acesso e atenção do serviço. Uma das diferenças entre uma UBS tradicional para a ESF é a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – peça fundamental para a estruturação deste estudo.¹⁰

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é considerado referência no atendimento à saúde nos três níveis de atenção, sendo vinculado ao Ministério da Saúde e o atendimento é 100% SUS. Além de unidades hospitalares, de apoio psicossocial e de pronto-atendimento, o GHC também conta com o Serviço de Saúde Comunitária, com 12 unidades distribuídas na Zona Norte de Porto Alegre. Dentre elas, está a Unidade de Saúde SESC, situada à Vila Jardim.¹⁴

Sendo assim, observa-se a importância da avaliação de acesso, utilização e perfil sociodemográfico dessa população, estudando se de fato o SUS e suas diretrizes, princípios e políticas atuais abrangem essas necessidades. O tema é urgente ao País, ao sistema e ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC, articulado, também, aos processos de trabalho deste. Nesse contexto, este estudo teve por objetivo identificar o perfil e analisar as causas da procura pelos serviços médicos e odontológicos dos imigrantes e refugiados adstritos a uma unidade de saúde da atenção básica do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre – RS. A partir dos dados apreendidos, relatou-se experiências de atendimentos e discutiu-se sobre o estabelecimento de vínculo e os achados. Trará resultados tanto sobre a saúde bucal quanto a saúde geral de cada paciente dessas populações que estão adstritos ao território da Unidade de Saúde SESC.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo transversal com dados de pacientes imigrantes e refugiados adstritos ao território da Unidade de Saúde SESC, pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC no município de Porto Alegre - RS. Foram coletados dados no sistema de informações do GHC relativos à nacionalidade, sexo, idade e motivos de consulta através dos códigos CID (Código Internacional de Doenças). Foram incluídos todos os pacientes imigrantes e refugiados cadastrados na unidade até março de 2020 com consultas realizadas de maio de 2014 (primeiro registro de atendimento a essa população no sistema de informações) a agosto de 2020.

Em um primeiro momento, foram impressas as listas de cada área coberta pela Unidade de Saúde (US), organizadas conforme microrregiões de cada Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável por elas. São 6 ACS na US. Em seguida, cada usuário assinalado pelas ACS como usuário imigrante ou refugiado foi verificado junto ao Sistema de Informações. Só então, com todas as informações por registro, foram levantados todos os CID de consultas no período em estudo, reorganizadas e avaliadas. Foram excluídos dados duplicados e falhas de registro.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) padroniza a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde por meio da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Essa lista fornece códigos únicos para cada doença, sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças.¹⁵

O método de obtenção dos dados se deu da seguinte forma: em um primeiro momento, foram listados todos os usuários do território de cada microrregião por ACS. Cada ACS verificou sua lista e apontou quem eram os imigrantes de sua área. A partir disso, a pesquisadora conferiu cada usuário no sistema e seu prontuário familiar, adicionando a uma segunda lista familiares de um mesmo prontuário que se enquadrasse nos critérios de inclusão, verificando também as datas de inclusão no sistema. Para cada pessoa

da lista, tem-se um número de registro geral do GHC. Esses números foram analisados, listando também CID de atendimento. Essas listas foram reorganizadas por usuário, CID e nacionalidade. Os resultados encontrados foram analisados e discutidos.

Os dados foram identificados e separados em três categorias para análise: pacientes que não usaram o serviço de atenção primária, mesmo que tenham usado serviços de atenção secundária ou terciária, pacientes que usaram apenas serviços clínicos gerais (medicina, enfermagem, acolhimento ou matriciamento) e pacientes que utilizaram o serviço de odontologia na US. Foram categorizados conforme sexo e faixa etária seguindo a referência de dados epidemiológicos do CONARE.⁷

Adicionalmente, este estudo traz relatos de experiência qualitativos de consultas e atendimentos dessa população com base no diário de campo da pesquisadora.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do GHC sob registro na Plataforma Brasil: CAAE 28180020.8.0000.5530. Foram seguidos todos os pressupostos éticos das Resoluções CNS/CONEP n 466/12 e 510/16.

RESULTADOS

Por meio de coleta de dados nas listas de população adstrita de cada ACS e com base de dados do Sistema de Informação interno do Grupo Hospitalar Conceição, verificou-se que 29 imigrantes cadastrados na Unidade de Saúde SESC foram atendidos no serviço até agosto de 2020. Destes, oito não acessaram a Atenção Básica. Quanto à nacionalidade, o país de maior emigração é o Senegal, contabilizando 11 imigrantes no território. Oito do Haiti, três da Venezuela, dois da Bolívia, um filho de imigrantes nascido em Porto Alegre e quatro cadastrados como “outros”.

Quando descritos conforme o sexo, tem-se 23 homens e 6 mulheres. A maioria são homens com idades entre 30 e 51 anos. Categorizados conforme faixa etária, de 0 a 4 anos são 2 crianças, ambas do sexo masculino. De 5 a 17, 3 meninos e 1 menina. Já de 18 a 59 anos, são 18 homens e 3 mulheres. Não há pessoas com 60 anos ou mais na população estudada.

SAÚDE GERAL

Ao analisar cada CID proveniente dos atendimentos, verificou-se que há procura por causas agudas e crônicas, de origem infecciosa, muscular, acidentes perfurocortantes, gravidez e retorno/acompanhamento. Na saúde comunitária, abrangendo os serviços de medicina de família e comunidade e enfermagem, têm-se os seguintes CID:

- A09 (Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível): 04 atendimentos;
- B349 (Infecção viral não especificada): 01 atendimento;
- B356 (Micoses Tinea cruris): 01 atendimento;
- B373 (Candidíase da vulva e da vagina): 01 atendimento;
- F32 (Episódios depressivos): 01 atendimento;
- F40 (Transtornos fóbico-ansiosos): 01 atendimento;
- F41 (Outros transtornos ansiosos): 01 atendimento;
- F458 (Outros transtornos somatoformes; Transtornos relacionados ao estresse): 01 atendimento;
- F510 (Insônia não-orgânica): 01 atendimento;
- G442 (Cefaleia tensional): 02 atendimentos;
- H53 (Distúrbios visuais): 01 atendimento;
- H571 (Dor ocular): 01 atendimento;
- H729 (Perfuração não especificada da membrana do tímpano): 01 atendimento;
- H920 (Otalgia): 01 atendimento;
- I10 (Hipertensão essencial [primária]): 01 atendimento;
- J00 (Nasofaringite aguda [resfriado comum]): 03 atendimentos;
- J18 (Pneumonia por microorganismo não especificada): 01 atendimento;
- J21 (Bronquiolite aguda): 01 atendimento;
- J32 (Sinusite crônica): 01 atendimento;
- J069 (Pneumonite devida a sólidos e líquidos): 02 atendimentos;
- K30 (Dispepsia): 02 atendimentos;
- K59 (Outros transtornos funcionais do intestino): 01 atendimento;
- K590 (Constipação): 01 atendimento;
- K761 (Congestão passiva crônica do

fígado): 01 atendimento;
 - L299 (Prurido não especificado): 01 atendimento;
 - L30 (Outras dermatites): 01 atendimento;
 - L309 (Dermatite não especificada): 01 atendimento;
 - M236 (Outras rupturas espontâneas de ligamento(s) do joelho): 01 atendimento;
 - M255 (Dor articular): 01 atendimento;
 - M461 (Sacroileíte não classificada em outra parte): 01 atendimento;
 - M54 (Dorsalgia): 02 atendimentos;
 - M545 (Lumbago com ciática): 03 atendimentos;
 - M624 (Contratura de músculo): 01 atendimento;
 - M659 (Sinovite e tenossinovite não especificadas): 01 atendimento;
 - M713 (Outros cistos de bolsa sinovial): 01 atendimento;
 - M715 (Outras bursites não classificadas em outra parte): 01 atendimento;
 - N912 (Amenorréia, não especificada): 01 atendimento;
 - N922 (Menstruação excessiva na puberdade): 01 atendimento;
 - N926 (Menstruação irregular, não especificada): 01 atendimento;
 - N939 (Sangramento anormal do útero ou da vagina, não especificado): 01 atendimento;
 - R070 (Dor de garganta): 01 atendimento;
 - R074 (Dor torácica, não especificada): 01 atendimento;
 - R10 (Dor abdominal e pélvica): 05 atendimentos;
 - R101 (Dor localizada no abdome superior): 01 atendimento;
 - R12 (Pirose): 01 atendimento;
 - R51 (Cefaleia): 02 atendimentos;
 - R53 (Mal estar, fadiga): 01 atendimento;
 - S300 (Contusão do dorso e da pelve): 01 atendimento;
 - S467 (Traumatismo de múltiplos músculos e tendões ao nível do ombro e do braço): 01 atendimento;
 - S602 (Contusão de outras partes do punho e da mão): 01 atendimento;
 - W45 (Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele): 01 atendimento;
 - Z00 (Exame geral e investigação de

peças sem queixas ou diagnóstico relatado): 01 atendimento;
 - Z001 (Exame de rotina de saúde da criança): 02 atendimentos;
 - Z003 (Exame do adolescente durante o crescimento na puberdade): 01 atendimento;
 - Z013 (Exame da pressão arterial): 01 atendimento;
 - Z014 (Exame ginecológico [geral] [de rotina]): 01 atendimento;
 - Z027 (Obtenção de atestado médico): 01 atendimento;
 - Z10 (Exame geral de rotina ['check up'] de uma subpopulação definida): 01 atendimento;
 - Z251 (Necessidade de imunização somente contra a influenza [gripe]): 01 atendimento;
 - Z30 (Anticoncepção): 02 atendimentos;
 - Z321 (Gravidez confirmada): 01 atendimento;
 - Z34 (Supervisão de gravidez normal): 01 atendimento;
 - Z39 (Assistência e exame pós-natal): 01 atendimento;
 - Z712 (Pessoa que consulta para explicação de achados de exame): 01 atendimento;
 - Z72 (Problemas relacionados com o estilo de vida): 01 atendimento;
 - Z720 (Uso do tabaco): 01 atendimento;
 - Z73 (Problemas relacionados com a organização de seu modo de vida): 01 atendimento;
 - Z76 (Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias): 05 atendimentos;
 - Z760 (Emissão de prescrição de repetição): 02 atendimentos;
 - Z769 (Pessoa em contato com serviços de saúde em circunstâncias não especificadas): 02 atendimentos.
 É possível observar que a maioria das razões de procura de atendimento são por questões agudas e infecciosas, sendo 15 por sintomatologias digestivas, 09 do trato superior respiratório, 08 relacionadas à saúde mental e estilo de vida, 18 por dores musculares e ligamentares, 10 de saúde da mulher e gestação, 5 por dermatites e doenças relacionadas à pele e 10 de acompanhamento, rotina ou retorno. Outras razões contabilizam 19.

SAÚDE BUCAL

A classificação por CID nos atendimentos odontológicos em nível de atenção primária mostra uma grande procura por casos de dor e agudização, além de acompanhamentos e manutenção. Dos 29 pacientes incluídos neste trabalho, doze foram atendidos pela equipe de odontologia na US.

- K006 (Distúrbios da erupção dentária): 01 atendimento;
- K02 (Cárie dentária): 04 atendimentos;
- K030 (Atrito dentário excessivo): 01 atendimento;
- K031 (Abrasão dentária): 01 atendimento;
- K036 (Depósitos nos dentes): 02 atendimentos;
- K04 (Doenças da polpa e dos tecidos periapicais): 09 atendimentos;
- K051 (Gengivite crônica): 04 atendimentos;
- K053 (Periodontite crônica): 01 atendimento;
- K055 (Outras doenças periodontais): 01 atendimento;
- K120 (Aftas bucais recidivantes): 01 atendimento;
- K122 (Celulite e abscesso da boca): 01 atendimento;
- S025 (Fratura de dentes): 01 atendimento;
- Z01 (Outros exames e investigações especiais de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado): 03 atendimentos;
- Z012 (Exame dentário): 03 atendimentos;
- Z752 (Outro período de espera para investigação e tratamento): 02 atendimentos;
- Z761 (Supervisão e cuidado de saúde de crianças assistidas): 01 atendimento;
- Z762 (Supervisão de cuidado de saúde de outras crianças ou recém-nascidos saudáveis): 03 atendimentos.

Os CID referentes a urgências odontológicas por questões agudas dessa população totalizam 24, sendo que em cada atendimento é possível incluir até 3 CID. Doenças da polpa e dos tecidos periapicais aparecem nas listas 9 vezes. Cárie dentária e gengivite crônica aparecem 4 vezes cada. Atrito bucal excessivo, abrasão dentária, periodontite crônica, outras doenças periodontais, aftas

bucalis recidivantes, celulite e abscesso da boca e fratura dos dentes aparecem apenas uma vez cada.

Percebe-se que, tanto nos atendimentos de saúde geral quanto de saúde bucal, os CID mais relatados são de questões agudas.

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

A US SESC trabalha nos moldes da Estratégia de Saúde da Família. Sendo gerida pelo Grupo Hospitalar Conceição (uma instituição federal), submete-se às portarias e programas do município de Porto Alegre. Conta com equipes profissionais nos dois turnos diurnos, além de ser considerada uma unidade-escola. Fazem parte 4 médicos, 2 dentistas, 3 enfermeiras, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 nutricionista, 5 técnicos de enfermagem, 2 técnicas de saúde bucal e 6 ACS. Ainda faz parte dos programas de Residência Médica e Multiprofissional, contando com 2 residentes médicos, 2 residentes odontólogas, 2 residentes enfermeiras, e 2 residentes terapeutas ocupacionais. Também oferece vagas de estágio por semestre em parceria com universidades de diversos núcleos.

Para utilizar os serviços, trabalha-se com Acesso Avançado. Essa forma de organização tem por lema “fazer o trabalho de hoje, hoje”. O usuário procura a unidade e tem atendimento com seu profissional de vínculo conforme especialidade em até 72h. Na realidade da unidade, o atendimento se dá em até 24h.¹⁶

Para atendimento odontológico, é preciso acessar através do Grupo de Saúde Bucal, no qual é explanado quais profissionais estão na US, quais procedimentos são feitos na AB, quais são encaminhados pela rede e quais não são oferecidos pelo SUS. Também se faz uma atividade de educação em saúde bucal, explicando quais as doenças mais comuns e como as tratar e evitar. São feitos atendimentos de urgência em casos de dor, inchaço e fratura de dentes anteriores. Outros casos são orientados a virem no grupo.

Como qualquer unidade em região considerada de alta periculosidade, os profissionais têm alguns cuidados. Para isso, tem-se o Acesso Seguro, no qual, conforme níveis, os vigilantes se mantêm em contato e, em caso de nível vermelho, a unidade é

fechada e a equipe escoltada para um local de segurança. Caso tenha alguém ainda dentro dela, deverá dirigir-se para os fundos da unidade e aguardar a chegada da equipe responsável. Em sinal laranja, os profissionais seguem trabalhando, mas com a unidade de portas fechadas. Em caso amarelo, as visitas domiciliares e Programa Saúde na Escola são suspensos e a equipe deverá deixar a unidade em grupos. Em sinal verde, o funcionamento se dá de forma normal. Ainda conforme o Acesso Seguro, as visitas domiciliares só podem ser feitas junto à ACS.

Em uma experiência de estágio observacional do serviço, o paciente chegou para atendimento com um amigo, para auxiliar na tradução. Em atividade observacional, foi possível conversar com o acompanhante do paciente. Usou-se o Google Maps e ele pôde mostrar sua cidade, seu país, a universidade de lá. Contou diversas experiências e os motivos que os fizeram vir ao Brasil. Perguntou, educadamente, se poderia continuar conversando, pois assim ele aprenderia o Português. Ao final do atendimento, perguntou também como poderia fazer o Cartão Nacional de Saúde “para cuidar todo”. Esse relato mostra que essa população pode ver no SUS uma forma de cuidado integral, gratuito e qualificado.

Em outro atendimento, o paciente vinha do Haiti e não falava português ou inglês, mas sim, francês. Entretanto, nenhum dos profissionais da equipe possui fluência nesse idioma. Percebíamos o desconforto do paciente, que apontava para qual dente estava doendo, mas não conseguíamos explicar o diagnóstico, tratamento, prognóstico e encaminhamento. Entendia-se a aflição do paciente - afinal, estar com dor, no consultório odontológico, já é algo estressante. Sem entender o idioma do ambiente, torna-se insuportável! -, então fizemos uma tentativa de comunicação com o auxílio do Google Translator. Questionamos “français?”, e obtendo uma resposta afirmativa, começamos a tradução. Ele conseguia ler simultaneamente, mas caso não soubesse ler, tem a opção de áudio no site. A mudança de feição ia acontecendo conforme seus olhos liam, do medo ao alívio. Essa ferramenta inclusive permitiu que ele nos fizesse perguntas, e pudemos respondê-las sem maiores dificuldades.

Já na residência, uma colega estagiária de medicina procurava ajuda em um atendimento a um imigrante. Ele não falava português, inglês ou francês. O idioma que ele falava era desconhecido por nós. Em uma tentativa de auxílio, fui ao consultório tentar entender o que se passava. Tentamos utilizar o Google Translator, mas a ferramenta não foi capaz de identificar o idioma. Comecei a pesquisar sobre o país de origem - Senegal - e vi que o dialeto mais falado lá é wolof (um idioma que a própria ferramenta não conhece). Pesquisei e encontrei algumas frases chave de atendimento “tem dor na cabeça? tem dor nas costas?” mas ainda estávamos com dificuldades. O paciente estava chateado, com dor e angustiado. Tentamos contato com o Participação Cidadã, mas o intérprete disponível não falava wolof. Seguimos pesquisando, até que encontramos a Associação dos Senegaleses de Porto Alegre. Conseguimos contato telefônico e pudemos fazer a tradução simultaneamente. Foi prescrita a medicação necessária e eu fui com o paciente até a farmácia do posto para auxiliar a retirar. Ele fez sinal de “dinheiro”, perguntando do custo. Afirmar que não custava. Recebi um sorriso de agradecimento. Em nova ligação, o tradutor orientou o paciente quanto ao uso do medicamento e retorno em caso de necessidade. “Obrigada, obrigada, obrigada!” era a única palavra que ele sabia do português até então.

Como forma de agilizar e otimizar os atendimentos, hoje há um documento afixado em cada sala de atendimento, farmácia e recepção com os contatos de intérpretes de francês e wolof, além do Participação Cidadã.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, o maior número de solicitações de refúgio no Brasil vem da Venezuela, seguido por Haiti e Senegal.⁷ O maior quantitativo de imigrantes é da Síria. Até 2018, Venezuela e Bolívia somavam apenas 5% das nacionalidades. Acredita-se que esse número seja maior nos dias atuais devido à situação socioeconômica hostil nestes países.¹⁸ Esta pesquisa reflete esses dados, considerando o número de imigrantes no território da US e suas nacionalidades.

O perfil por sexo e faixa etária mostra

que temos na área abrangida por este trabalho em sua grande maioria homens jovens, numa proporção de 3,5:1, muito próxima do quadro nacional de imigrações e refúgios.⁷ Quando se avalia as razões para que isso aconteça, podemos inferir que seja por uma união de questões trabalhistas associadas à questões culturais. Alguns usuários relatam que seus países de origem têm a cultura de que quem provém financeiramente o lar é o homem, e a mulher tem a função do cuidado local familiar.

Os relatos de usuários da US corroboram isso, nos quais alegam possuírem família (esposa, filhos) em seus países de origem e enviam dinheiro para lá, fruto de seus trabalhos aqui. Alguns trazem a família junto consigo; porém, apenas depois de algum tempo já estabilizados aqui. É o caso das famílias que este estudo traz - apenas 5 mulheres, sendo 3 mães e 2 crianças, filhas dessas famílias. Existem estudos que trazem sob ótica o trabalho da mulher imigrante, concluindo que, apesar de uma forte pressão pela sociedade para que estas ocupem também o mercado de trabalho, ainda são pouco presentes nele.¹⁸

É importante frisar que quando se trata de “trabalho”, faz-se de forma genérica. Dados oficiais trazem a baixa porcentagem de imigrantes e refugiados com trabalho formal no país.⁷ Esse ponto também é importante ao considerar as razões pelas quais essa população tem dificuldade para se manter em um mesmo endereço e, conseqüentemente, em uma mesma unidade de saúde, dificultando o vínculo. Outro ponto que se deve levar em consideração é quando se avalia a quantidade de CID por questões agudas.

Quando o sujeito possui uma certa estabilidade, direitos trabalhistas, conhecimento sobre sua situação de vida, pode priorizar também os cuidados com sua saúde. Caso contrário, o sujeito acaba deixando de lado essa questão, levando a situação de saúde até o ponto em que de fato se torna incapacitante e precisa se afastar do trabalho para poder cuidar de si. Essa avaliação também mostra uma dificuldade maior em marcações de consulta de continuidade de tratamento, seja na atenção básica ou especialidades da atenção secundária.

No atendimento médico e de enfermagem também há maior procura em casos agudos. Ao observar os dados de atendimento de

saúde mental e hipertensão (apenas 2 CIDs, sendo 1 de exame), infere-se que a atenção às doenças crônicas dessa população se mostra muito pequena. Mesmo as consultas para emissão de receitas (nas quais pode se entender como acompanhamento dos casos) são poucas (dez atendimentos) quando comparadas às consultas por dores e problemas gastrointestinais.

Dores orofaciais e traumas são as maiores causas de procura por atendimento de urgência odontológica, necessitando intervenção imediata a fim de solucionar o agravo de saúde, tendo ou não risco de vida. Os casos de trauma bucomaxilofaciais são encaminhados diretamente à alta complexidade do município, que possui dois serviços de referência. Casos de urgência podem ser atendidos tanto nas unidades de pronto-atendimento 24h quanto nas unidades de saúde de referência.¹⁹

Atendimentos de urgência são aqueles causados por quadros agudos ou agudização de condições crônicas, majoritariamente de origem endodôntica ou periodontal, além de traumas dentoalveolares, afecções agudas da mucosa bucal e de comprometimento da função mastigatória.²⁰ Dessa forma, mesmo que os atendimentos tenham sido pela porta de entrada de urgência, alguns pacientes conseguiram estabelecer um vínculo e certa frequência de uso do serviço, fortalecendo a longitudinalidade (como exemplo, consultas de gestante, puérperas e recém-nascidos).

Outros procedimentos constam nos registros posteriores, como exame clínico, exames complementares (que são realizados na atenção secundária), raspagem supra e subgengival, restaurações, prescrições medicamentosas e orientação de higiene oral.

A barreira de comunicação é a primeira enfrentada nos serviços de saúde e também se estende, por óbvio, ao atendimento odontológico e à saúde bucal. O GHC ainda conta com uma equipe de auxílio a esses atendimentos, com contatos de intérpretes quando necessário, através do Participação Cidadã.²¹ Hoje o grupo conta com intérpretes de libras, francês, crioulo, inglês e espanhol.

Alguns pacientes buscaram atendimento em outros níveis de atenção oferecidos pelo Grupo Hospitalar Conceição, como na Unidade de Pronto Atendimento (tanto

clínico quanto odontológico), no Centro de Especialidades Odontológicas (encaminhados pela Atenção Básica), no Hospital Nossa Senhora da Conceição (emergência e atenção especializada para exames complementares), no Hospital Cristo Redentor (hospital de trauma, tanto geral quanto bucomaxilofacial). Entretanto, esta pesquisa avaliou apenas os atendimentos realizados na unidade de saúde da Atenção Básica.

Os países de origem dos usuários avaliados neste trabalho, principalmente Senegal e Haiti, não possuem apenas 1 idioma oficial, mas também têm diversos dialetos. No Senegal, por exemplo, são 36 idiomas oficiais, juntamente a diversos dialetos. Árabe, inglês e francês são algumas das línguas faladas no país; porém, o dialeto mais comum é o Wolof. Esse dialeto é bastante difícil de ser aprendido, e também se encontram dificuldades para a tradução deste para o Português nos aplicativos mais comuns deste fim.

Em todas as unidades de saúde há acesso a internet - atualmente, temos à disposição Wi-Fi para facilitar a comunicação, inclusive com uso de Whatsapp e teleatendimentos. Sendo o Google Translator uma ferramenta gratuita e de fácil acesso, torna-se possível seu uso quando necessário.

Esses imigrantes quando saem de seus países de origem, já sabem para quais cidades vão. Não são escolhidos por eles. Têm muitas dificuldades em se comunicar, e em sua maioria, unem-se a grupos já estabilizados aqui para dividirem aluguel. Por vezes há grupos de 10 pessoas morando em único local. Os aluguéis são sempre temporários, de forma que muitas vezes eles precisam se mudar e saem do território, o que causa rompimento de vínculo e tratamentos - por exemplo, dificulta a comunicação para marcação de consultas na atenção secundária.

A literatura internacional aponta que uma das primeiras barreiras de acesso aos serviços de saúde é o idioma. Há relatos de pacientes que não foram atendidos pela falta de um intérprete disponível no local.²²

Além dessa, outra dificuldade encontrada é no que diz respeito a hábitos e crenças. O contato com novos hábitos dietéticos favorecem o surgimento de lesões de cárie, por exemplo.²³ Países como Senegal possuem naturalmente água com

alto nível de composto de flúor, muito acima dos níveis estabelecidos pela política pública de fluoretação das águas no Brasil,²⁴ sendo em Porto Alegre a concentração entre 0,6 e 0,9mg/l.²⁵ Algumas cidades chegam a níveis exacerbados de 7,4mg/l de íons de fluoreto na água consumida pela população, causando manchas por fluorose bem características de intoxicação crônica.²⁶

Em âmbito internacional, as pesquisas mostram que, logo depois de insuficiência por vitamina D e esquistossomose, as dores dentárias e doenças gengivais são os problemas mais documentados em refugiados recém acolhidos.²⁷ Quando se compara os resultados encontrados neste estudo com os já registrados na literatura, nota-se a importância da melhoria do acesso à saúde, inclusive de saúde bucal. A partir desse acesso é que se pode, de fato, melhorar a saúde em si da população.

Essas pesquisas também apontam a importância da educação em saúde. Essa questão, obviamente, é atravessada pela barreira do idioma, mas também pela habilidade dos profissionais em melhorar a comunicação e a qualidade das informações. Sugere-se que parcerias locais devem ser feitas para que se conheça melhor a população e suas necessidades.²⁸

A OMS traz em sua constituição (assinada pelo Brasil em 1948, em francês, traduzida posteriormente para o português) que saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a ausência da doença.²⁹ Ainda assim, podemos notar que a população ainda precisa, por diversos motivos trazidos neste trabalho, considerar-se “não-doente”, tão só como sem doenças. Ao se instalar uma doença que de fato se torna incapacitante, muitos acabam por precisar de atendimento, algo pontual, sem vínculos que promovam a saúde em sua total contemplação.

Considerando todos os aspectos aqui levantados, é importante que mais pesquisas sejam feitas sobre o tema, a fim que a população e todos os seus aspectos sejam conhecidos, de forma que a legislação brasileira vigente seja de fato cumprida. Ainda, para que a proteção e garantias dos direitos se estabeleça:

“[...]é fundamental que se avance no

aspecto da inserção digna dos imigrantes à sociedade brasileira, assegurando acesso aos serviços de saúde, educação e assistência social, sem que a busca por esses serviços se torne uma batalha, muitas das vezes perdidas. Acesso à moradia digna e integração ao mercado laboral são desafios a serem enfrentados pelas políticas migratórias.”¹⁷

As políticas públicas do SUS, como a ESF, já consideram essa busca junto à população. Quando adequadamente aplicada, o vínculo entre população e serviço de saúde se estabelece e a melhora da saúde da população em questão é possível.

Quando se pensa sobre as questões econômicas para a concretização e o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, bem como das Políticas de Saúde Bucal, há poucos estudos sobre o tema. A Saúde Pública é insuficientemente financiada.³⁰

O adequado investimento em saúde proporciona uma atenção à saúde integral, universal e equânime. Dessa forma, políticas públicas poderão ser implementadas para contemplar grupos vulneráveis como imigrantes e refugiados.

Uma das limitações desta pesquisa envolve o fato de ser avaliada apenas uma única unidade de saúde do território, mostrando a realidade local, não necessariamente representando outras unidades. Outras limitações são inerentes ao próprio registro, com erros de digitação, falhas de registro de nacionalidade e naturalidade e desatualização das listas gerais de usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Foi observado no estudo que a maioria dos imigrantes já acessou alguma vez a unidade de saúde, principalmente para condições agudas. O perfil foi predominante de homens adultos jovens oriundos do Senegal e Haiti.

- A saúde geral e bucal dessa população ainda é vista como sintomática, tratando apenas a dor.

- Novas maneiras de educação em saúde devem ser exploradas, associando a formação profissional à comunicação com a população.

- Políticas públicas de acesso para essa população, conhecendo suas características, devem ser estabelecidas a fim de aprimorar o cuidado.

- As atuais políticas públicas no país poderiam ser suficientes para abranger a população imigrante e refugiada; entretanto, a realidade é que essas mesmas políticas são subfinanciadas desde o seu surgimento.

- A Estratégia da Saúde da Família pode ser uma maneira muito eficiente de conhecer, vincular e assistir essa população.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Lei da Migração. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 24 maio 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm>. Acesso em: 02 maio 2019.

2. BRASIL. Lei Nº 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 22 jul. 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9474.htm>. Acesso em 02 maio 2019.

3. ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Perguntas e Respostas. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/perguntas-e-respostas/>>. Acesso em 02 maio 2019.

4. SAYAD, Abdelmalek. O que é um imigrante? A imigração ou os paradoxos da alteridade. *Peuples méditerranéens*. França, n. 7, p. 3-23, abr/jun. 1979.

5. ACNUR. Coletânea de Instrumentos de Proteção Nacional e Internacional de Refugiados e Apátridas. ACNUR/ONU. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Colet%C3%A2nea-de-Instrumentos-de-24Prote%C3%A7%C3%A3o-Nacional-e-Internacional.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2018.

6. ENRICONI, Louise. Migrações no

Brasil e no mundo. Parte 2: Nova Lei de Migração: O Que Muda? In: Politize. Brasil, 06 jul 2017. Disponível em: <<http://www.politize.com.br/nova-lei-de-migracao/>>. Acesso em: 06 maio 2018.

7. BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Refúgio em Números. CONARE. 4ª Edição. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros-versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf>>. Acesso em 08 maio 2019.

8. Regional Inter Agency Coordination Platform. [Online]. Disponível em : <<https://data2.unhcr.org/en/situations/>>. Acesso em: 25 jun. 2019.

9. BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 jun. 2019.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

11. DETERMINE CONSORTIUM. Action Summary Improving Health Equity via the Social Determinants of Health in the EU, First Year Report. Eurohealthnet, 2008.

12. RIGGS, E. et al. Refugee child oral health. Oral Diseases. Austrália; n. 23, p. 292-299. 2017.

13. BORGES, PZ. et al. Saúde bucal de refugiados no século XXI: revisão integrativa. Tempus, actas de saúde colet. Brasília, 13(3), 123-137, set, 2019. Epub Jul/2020.

14. G H C . Quem Somos. [Online] Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>>. Acesso em: 18 set. 2019

15. CID. Lista CID-10. [Online]. Disponível em: <<https://www.medicinanet.com.br/cid10.htm#:~:text=LISTA%20CID%2D10%20%2D%20A%20Classifica%C3%A7%C3%A3o,outros%20problemas%20relacionados%20%C3%A0%20sa%C3%BAde>>. Acesso em: 09 jun. 2020

16. MURRAY, M; BERWICK, DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. JAMA. 2003;289:1035-40.

17. CAVALCANTI, L. et al. Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

18. TONHATI, T.; MACEDO, M. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019). In: Cavalcanti, L; Oliveira, T.; Macedo, M., Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

19. PORTO ALEGRE. Área Técnica de Saúde Bucal. Secretaria Municipal de Saúde (org.). Protocolo de Atenção à Saúde Bucal de Porto Alegre: organização da rede e fluxos de atendimento. ORGANIZAÇÃO DA REDE E FLUXOS DE ATENDIMENTO. 2014. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolosaudebucal2014.pdf> Acesso em: 21 set. 2020.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema

Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 350 p.

21.GHC. Participação Cidadã. [Online]. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/portalrh/default.asp?idRegistro=174&idRegistroSM=174&idRegistroml=0>>. Acesso em: 13 jul 2019.

22. DAVIDSON ET AL. Equitable access to dental care for an at-risk group: a review of services for Australian refugees. *Australian and new zealand journal of public health*. 2007 vol. 31 no. 1

23.SHAH, A. Y. et al. Nutritional status of refugee children entering DeKalb County, Georgia. *J Immigrant Minority Health*. EUA; n. 16, p. 959-967. 2014.

24.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)

25. ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria N.º 10/99. Define teores de concentração do íon fluoreto nas águas para consumo humano fornecidas por Sistemas Públicos de Abastecimento. [Online] Disponível em: <http://www.portoalegre.rs.gov.br/dmae/doc_usu/SDDVP-portaria10-99.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2020.

26.BROUWER, ID. et al. Unsuitability of World Health Organisation guidelines for fluoride concentrations in drinking water in Senegal. *Lancet*. 1988 Jan 30;1(8579):223-5

27.JOHNSTON, V. et al. The health of newly arrived refugees to the Top End of Australia: results of a clinical audit at the Darwin Refugee Health Service. *Australian Journal of Primary Health*, 2012; 18: 242–247

28.RIGGS, E.et al. Improving health literacy in refugee populations. *MJA* 204 (1) j 18 January 2016

29.OMS. Constituição da Organização Mundial de Saúde. [Online]. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 08 ago. 2020.

30.MACÊDO, MSR. et al. Investimentos e custos da atenção à saúde bucal na Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2016;50:41.