

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA CIDADE DO PARANÁ

GRANDE, Ana Carolina¹
HUBIE, Ana Paula Sakr²
TORRES, José Ricardo Paintner³

RESUMO

O fluxo migratório de imigrantes para o Brasil tem crescido a cada década e, com isso, a necessidade de adequação de políticas públicas e acesso ao sistema de saúde nacional, principalmente no âmbito da Atenção Primária em Saúde, uma vez que é a responsável pelo primeiro contato com essa população. O objetivo consistiu em analisar o perfil epidemiológico da população imigrante que utiliza a Atenção Primária em Saúde em um município de referência no Oeste do Paraná. Trata-se de um estudo transversal, populacional, quantitativo e descritivo através de dados secundários disponíveis no sistema de prontuários eletrônicos municipal. Do total de cadastros, 3,96% (n=9732) são classificados como “estrangeiros”, sendo 54,3% do sexo masculino e 45,7% do feminino. Aproximadamente 5% deste total se encontravam na faixa etária entre 18 e 34 anos (grupo 1) e somente 0,56% acima de 80 anos. O grupo 01 apresentou maior proporção em todos os distritos, com 57,47% no distrito 01, 58,62% no distrito 02 e 55,09% no distrito 03. O primeiro distrito apresentou a maior quantidade de estrangeiros e o terceiro, a menor. O perfil epidemiológico de imigrantes no estudo é compatível com o de outras regiões publicadas. Apesar disso, muito ainda se faz necessário para melhor atender e integrar esta população no sistema de saúde brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Epidemiologia. Imigrantes.

ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE IMMIGRANT POPULATION IN PRIMARY CARE IN A CITY IN PARANÁ

ABSTRACT

The migratory flow of immigrants to Brazil has grown every decade and, with this, the need to adapt public policies and access to the national health system, mainly within the scope of Primary Health Care, since it is responsible for the first contact with this population. The aim was to analyze the epidemiological profile of the immigrant population that uses Primary Health Care in a main city in Western Paraná. Methods: This is a cross-sectional, population-based, quantitative and descriptive study using secondary data available in the municipal electronic medical records system. Of the total registrations, 3.96% (n=9732) are classified as “foreigners”, 54.3% being male and 45.7% female. Approximately 5% of this total were in the age group between 18 and 34 years old (group 1) and only 0.56% were over 80 years old. Group 01 had the highest proportion in all districts, with 57.47% in district 01, 58.62% in district 02 and 55.09% in district 03. The first district had the largest number of foreigners and the third, the smaller. The epidemiological profile of immigrants in this study is compatible with other published articles. Despite this, a lot is necessary to better serve and integrate this population into the Brazilian health system.

KEYWORDS: Primary Health Care. Epidemiology. Immigrants.

1. INTRODUÇÃO

O movimento migratório de estrangeiros para o Brasil tem crescido a cada ano. Por possuir localização geográfica central e compartilhar fronteiras físicas com diversos países da América do Sul, o Brasil tem se tornado cada vez mais um abrigo e receptor de imigrantes para diversas

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: acgrande22@gmail.com

² Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: anahubie@gmail.com

³ Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. E-mail: ricardo@fag.edu.br

nacionalidades (LOSCO; GEMMA, 2021). Atualmente, constata-se uma entrada maciça de haitianos, venezuelanos, argentinos e bolivianos nas terras brasileiras (PRIEBE *et al*, 2011).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o número de imigrantes aumentou 86,7% em dez anos, salientando a importância da questão no cenário atual. A recente ampliação dos fluxos migratórios internacionais coloca em debate a responsabilização dos estados pela garantia de direitos sociais básicos, dentre eles, o acesso à saúde (DATTOLO *et al*, 2019). O fomento de empresas privadas e de grandes cooperativas na busca de mão de obra permitiu o deslocamento e a interiorização dessa população e, com o auxílio estatal, possibilitou assistência social básica nos setores de saúde e educação (PRIEBE *et al*, 2011; GRANADA *et al*, 2017).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios fundamentais a universalidade, a qual o torna disponível para todos que estão em território nacional (SIMÕES, 2017) (LOSCO; GEMMA, 2019). A configuração brasileira desigual em suas regiões, entretanto, dificulta a criação de uma política única integrada para os imigrantes, sendo necessárias adequações de acordo com as possibilidades e situações individuais de cada parte do território (PRIEBE *et al*, 2011).

A Atenção Básica de Saúde (ABS) ou Atenção Primária em Saúde (APS) é uma das portas de entrada para os usuários do SUS e o primeiro nível na hierarquia do cuidado em saúde. Através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Saúde da Família (USF), seu trabalho é pautado na prevenção e promoção de saúde e na resolução da maior parte das patologias, além de ser de fundamental importância para o cuidado ao imigrante (LOSCO; GEMMA, 2021). Segundo o consenso europeu, estratégias como um acesso fácil e equitativo, capacitação da população não brasileira, atenção culturalmente envolvente e uma comunicação efetiva entre equipe e paciente são pilares para a inclusão do grupo na unidade (PRIEBE *et al*, 2011).

A chave para a questão envolve o entendimento integral da atuação dos determinantes sociais de saúde no processo migratório, da forma como esses movimentos alteram e se relacionam com a saúde nacional e a importância do investimento em políticas de aproximação e adaptação para o cenário nacional (IOM WORLD MIGRATION REPORT, 2019).

O acesso e o status de saúde desta população são marcadores fundamentais no processo de assimilação dos estrangeiros e, portanto, com o aumento do fluxo de entrada no país, fez-se necessário uma adaptação para as diversas populações com perfis epidemiológicos distintos, diferentes patologias e diversas formas de compreensão do processo saúde-doença (LOSCO; GEMMA, 2021; DATTOLO *et al*, 2019; GRANADA *et al*, 2017; LOSCO; GEMMA, 2019). Conhecer o imigrante

permite uma melhor organização do sistema de saúde e das equipes de saúde da família, proporcionando a oferta de serviços de saúde com maior equidade, outro princípio fundamental do SUS (DATTOLI *et al*, 2019). Este contexto de adaptação, no entanto, não é exclusivo do Brasil, mas presente em muitos outros países em diversos continentes na mesma situação (FERREIRA; DETONI, 2021).

Uma das barreiras encontradas neste processo ao sistema de saúde público é a falta de homogeneidade e distribuição desses usuários na área de abrangência da saúde nacional. Como a maioria dos estrangeiros tem seu primeiro contato com a infraestrutura brasileira em zonas de fronteira, muitas vezes carentes de sistemas de serviços públicos, além de permanecerem em trânsito e sem moradia permanente nas primeiras semanas dentro do país, muitos imigrantes não são acolhidos e incorporados pela atenção primária e em toda sua dinâmica. Somando-se a este fato, a falta de informação e de comunicação e o problema da adaptação cultural dificultam a compreensão do fluxo de atendimento do SUS, suas políticas de atenção e de seus direitos legais (GRANADA *et al*, 2017; DIAS *et al*, 2010).

Buscar adequar o imigrante à sociedade em que está inserido, ao mesmo tempo em que facilita sua vinculação na comunidade e simplifica os processos para os administradores, acaba atrofiando a essência cultural e singular dessa população, impedindo uma possível troca intercultural. Com isso, é importante a procura de um equilíbrio saudável entre políticas públicas em saúde que envolvam o estrangeiro como um ser integral que conta com suas particularidades, mas as quais também auxiliem sua inserção social (FAQUIN *et al*, 2018).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo de base populacional que, de acordo com Mancuso *et al*, consiste na descrição da prevalência de um determinado grupo em um espaço de tempo. É considerado uma abordagem quantitativa, uma vez que busca descrever a variação de uma fenômeno e/ou situação, realizada por meio de análise de dados secundários provenientes de prontuários eletrônicos disponíveis no sistema IPM Saúde, software utilizado no município de referência do Oeste do Paraná.

Foi incluída a população identificada com nacionalidade “estrangeira” no sistema eletrônico, acima de 18 anos e com cadastro ativo na APS no município. Faixa etária inferior a 18 anos e usuários sem cadastro classificado como ativo foram excluídos da pesquisa. Foi solicitado a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) por se tratar do uso de dados em prontuário eletrônico, não tendo contato direto com os pacientes e em razão do grande número de prontuários.

As variáveis epidemiológicas avaliadas foram idade e sexo, além da comparação com os cadastros brasileiros e sua distribuição dentro do sistema de APS municipal, as quais foram subdivididas em três zonas de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde. O presente estudo obteve aprovação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro Universitário FAG (CAAE nº 67391023.0.0000.5219).

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Do total de população com cadastro ativo na APS no município (n=245175), 3,96% (n=9732) são classificados como “estrangeiros”, sendo que todas as unidades avaliadas possuíam cadastros ativos. Desse total, 5285 (54,3%) eram do sexo masculino e 4447 (45,7%) do sexo feminino, em comparação com a população não imigrante (n=285456), que apresentava 135.474 indivíduos (47,4%) do sexo masculino e 149.969 (52,5%) do feminino.

Em relação à faixa etária, os cadastros foram divididos em cinco grupos: grupo 1 (entre 18 e 34 anos), grupo 2 (entre 35 e 49 anos), grupo 3 (entre 50 e 64 anos), grupo 4 (entre 65 e 74 anos) e grupo 5 (maior ou igual a 80 anos). De acordo com os dados tabulados, a maior porcentagem de imigrantes em comparação ao total de cadastros da APS foi na faixa entre 18 e 34 anos, com aproximadamente 5% do total de cadastros. Este valor é decrescente quanto maior a idade, sendo menor que 1% de todos os cadastros a partir de 65 anos, com 0,7% no grupo 4 e 0,56% no grupo 5. O mesmo padrão decrescente ocorre também na população brasileira presente na APS (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de brasileiros e estrangeiros na APS.

	Idade (anos)				
	18 a 34	35 a 49	50 a 64	65 a 79	80 ou mais
Estrangeiros	5 584	3 040	875	215	44
Brasileiros	105 664	81 173	59 773	30 563	7 754
Total	111 248	84 213	60 885	30 778	7 798

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à população imigrante, o padrão de sua distribuição segue decrescente, sendo a faixa etária de até 34 anos (grupo 1) com maior quantidade de indivíduos tanto femininos quanto masculinos, este último possuindo a maior porcentagem (53,5%, n=2.990). Ocorre uma estabilização populacional entre 35 e 49 anos e uma queda acentuada de 84,3% a partir do grupo 3 (n=875, 490 masculinos e 385 femininos), seguido pelo grupo 4 (106 masculinos e 109 femininos) e seu mínimo no grupo 5 (18 masculinos e 26 femininos). A população feminina somente é maior em porcentagem

em comparação com o sexo oposto na idade acima dos 80 anos (41% masculinos e 59% femininos) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da população estrangeira de acordo com o sexo na APS.

	Masculino	Feminino	Total
Entre 18 e 34	2 990	2 594	5 584
Entre 35 e 49	1 688	1 352	3 040
Entre 50 e 64	490	385	875
Entre 65 e 79	106	109	215
80 a mais	18	26	44

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao avaliarmos apenas o sexo feminino, a distribuição decrescente é evidente também, sendo que o grupo com maior número de imigrantes é o grupo 1 (4,61%) e o com menor número é o grupo 5 (0,55%), além de que o mesmo também ocorre com os brasileiros. A maior queda de indivíduos se deu entre as faixas etárias de 35 e 64 anos, com 85,16% decrescente em relação ao às idades inferiores (Tabela 03).

No sexo masculino, a proporção de imigrantes em relação ao total de cadastros na APS ultrapassa o marco de 5% (5,44%), número superior em comparação ao sexo oposto. Apesar de também manter valores decrescentes com o avançar da idade, a maior queda observada se deu a partir dos 50 anos de idade (grupo 3) com 83,6% em relação ao grupo 1. Este padrão é inverso quando avaliamos a população brasileira cadastrada, onde a maior porcentagem de brasileiros em comparação aos imigrantes é no grupo 5 e a menor no grupo 1 (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição entre estrangeiros e brasileiros no sexo feminino e masculino.

Idade	Sexo	Estrangeiros	Brasileiros	Total	Imigrantes (%)
18 a 34	Feminino	2 594	53 731	56 325	4,61
	Masculino	2 990	51 933	54 923	5,44
34 a 49	Feminino	1 352	41 687	43 039	3,14
	Masculino	1 688	39 486	41 174	4,10
50 a 64	Feminino	385	32 357	32 742	1,18
	Masculino	490	27 416	27 906	1,76
65 a 79	Feminino	109	17 108	17 217	0,63
	Masculino	106	13 455	13 561	0,78
80 ou mais	Feminino	26	4 712	4 738	0,55
	Masculino	18	3 042	3060	0,59

Fonte: Dados da pesquisa.

Avaliando a distribuição dos estrangeiros dentro do município, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), as UBS e USF foram divididas em três distritos, incluindo as unidades de saúde fora da zona urbana (CASCAREL, 2021).

Apesar da quantidade de unidades de saúde ser maior na zona 03 e menor na zona 01, o número absoluto de estrangeiros cadastrados é inversamente proporcional em relação ao número de unidades de cada distrito em todas as faixas etárias. A maior parte da população não brasileira nas três zonas se concentra na faixa etária do grupo 01 (57,47% no distrito 01, 58,62% no distrito 02 e 55,09% no distrito 03), atingindo a faixa dos 30% do total na faixa entre 35 e 49 anos e decrescendo bruscamente a partir dos 50 anos (grupos 03, 04 e 05). Nos cadastros nacionais, apesar de proporcionalmente a maioria dos indivíduos também ser proveniente do grupo 01, os valores são menores de 40% em todos os distritos (36,15%, 39,53% e 19,25% respectivamente). Entre 35 e 64 anos a porcentagem é muito semelhante nos dois primeiros distritos (aproximadamente 20%), decaindo no distrito 03, com 15,19% (grupo 2) e 11,67% (grupo 3). Em ambos os grupos de nacionalidades, a população maior ou igual a 80 anos representa a menor porcentagem, com uma máxima de 3,09% em brasileiros no distrito 01 e mínima de 0,27% de estrangeiros no mesmo distrito (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição entre brasileiros e imigrantes e faixa etária entre as zonas municipais.

Idade	Nacionalidade	Distrito 1	Distrito 2	Distrito 3
18 a 34	Estrangeiros	2 803	1 526	1 255
	Brasileiros	34 763	35 237	35 664
34 a 49	Estrangeiros	1 521	795	724
	Brasileiros	27 465	25 569	28 139
50 a 64	Estrangeiros	439	227	209
	Brasileiros	20 387	17 772	21 614
65 a 79	Estrangeiros	101	46	68
	Brasileiros	10 566	8 516	11 481
80 ou mais	Estrangeiros	13	9	22
	Brasileiros	2 976	2 038	2 740

Fonte: Dados da pesquisa.

Em todas as três zonas, tanto no sexo masculino quanto feminino, a maior quantidade de indivíduos está entre 18 e 49 anos (grupos 1 e 2), atingindo mais de 80% da população total de cada uma das zonas de abrangência. Os valores absolutos populacionais decaem à medida que a idade aumenta, desde o grupo 03 (490 masculinos e 385 femininos) até o último grupo (18 masculinos e 26 femininos) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição de imigrantes entre faixa etária e sexo entre as zonas municipais.

Idade	Sexo	Distrito 1	Distrito 2	Distrito 3
18 a 34	Feminino	1 314	698	582
	Masculino	1 489	828	673
34 a 49	Feminino	661	368	323
	Masculino	860	427	401
50 a 64	Feminino	192	104	89
	Masculino	247	123	120
65 a 79	Feminino	48	24	37
	Masculino	53	22	31
80 ou mais	Feminino	8	5	13
	Masculino	5	4	9

Fonte: Dados da pesquisa.

O processo migratório pode ser explicado, em uma de suas teorias, pela familiaridade cultural com o país de entrada, o que está diretamente relacionado à possibilidade ou já existência de uma rede de apoio (SIMÕES, 2017; SILVEIRA *et al*, 2013). Muitos são os motivos encontrados que dificultam este processo e sua integração no sistema de saúde brasileiro, dos quais podemos destacar a barreira linguística, dificuldade no acesso e conhecimento dos direitos à saúde, barreiras culturais e no entendimento do processo saúde e doença (PRIEBE *et al*, 2011; DIAS *et al*, 2010).

Com relação à faixa etária, os imigrantes seguem o perfil de trabalhadores adultos economicamente ativos e laborais. No presente estudo, 97% dos usuários se encontrava entre 35 e 64 anos de idade, com um decréscimo acentuado de 84,3% a partir dos 50 anos. É semelhante ao observado nos bolivianos em São Paulo (SP) (LOSCO; GEMMA, 2021) (39,2% entre 30 a 49 anos e 11,9% acima de 50 anos), nos imigrantes em Florianópolis (DATTOLI *et al*, 2019) (76,8% entre 18 e 59 anos), nos haitianos em Cuiabá (SILVEIRA *et al*, 2013) (75,6% entre 26 e 45 anos) e nos venezuelanos no país⁵ (95% entre 20 e 64 anos).

Apesar disso, as condições de trabalho nas quais esta população se encontra são inferiores à média da população nacional, fato que contribui ativamente no processo de adoecimento e aumento da suscetibilidade para doenças (SILVEIRA *et al*, 2013). Justamente pela precariedade e maiores jornadas de trabalho, o horário de atendimento da APS é incompatível e muitas vezes impossibilita o seu uso pelos imigrantes (DIAS *et al*, 2010). Estes dados foram justificados também em um estudo sobre a entrada de venezuelanos no país, onde somente menos da metade dos trabalhadores empregados possuíam carteira assinada e mais de 35% estavam desempregados. Dentre os assalariados, 52,1% ultrapassa de 40 horas semanais (SIMÕES, 2017; ALVES *et al*, 2019).

A falta de informação e conhecimento sobre os serviços básicos e os direitos é outra parte da problemática (DIAS *et al*, 2010). Por não conhecer os benefícios do sistema, foi constatado na comunidade haitiana que somente 45,6% utilizaram a atenção primária e 85% dos usuários que fazem uso de medicações de caráter contínuo adquiriram-nas com recursos próprios (SILVEIRA *et al*, 2013).

No presente estudo, do total de cadastros das unidades de APS, 3,96% são imigrantes, colaborando com dados encontrados em Florianópolis (DATTOLI *et al*, 2019) (2,20%), sendo a maior porcentagem do sexo masculino (54,3 e 54,4% respectivamente). Em uma pesquisa realizada com 452 haitianos em Cuiabá (ALVES *et al*, 2019), a porcentagem de homens foi ainda superior, com 82,5% em relação ao sexo oposto (17,5%).

A dificuldade do acesso pode ser dividida em três partes: comunicação, continuidade do cuidado e confiança (IOM WORLD MIGRATION REPORT, 2019). A falta de comunicação, por exemplo, entre os profissionais assistenciais e os gestores a respeito do aumento da demanda e das

dificuldades no atendimento com a chegada dos estrangeiros atrelada à não adequação dos serviços pelos órgãos competentes propicia consequências diretas aos usuários, tanto brasileiros quanto os recém-chegados no país (FAQUIN *et al*, 2018). Apesar dos empecilhos, o vínculo criado entre a população haitiana com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), profissionais membros locais da comunidade e com vínculos sociais, contribuiu para maior integração social e consequente procura pelos serviços, sendo que 57,0% das mulheres entrevistadas relataram a procura por assistência à saúde (ALVES *et al*, 2019).

Mais um aspecto a ser discutido quando falamos em diferentes países são as diversas perspectivas culturais e sua vivência no processo saúde e doença (FAQUIN *et al*, 2018). O adoecimento, a maneira de viver a doença e as tradições com o cuidado e tratamentos são pontos cruciais para o entendimento integral do paciente (SILVEIRA *et al*, 2013). Quando é abordada a integração no SUS brasileiro, falamos no conceito de equidade e não de igualdade, de modo que são consideradas as necessidades individuais de usuários com condições distintas (FAQUIN *et al*, 2018). Esse princípio, apesar de ficar claro desde o momento do cadastro na unidade com os dados de nacionalidade, etnia e escolaridade, não foi apresentado no sistema eletrônico do município na presente pesquisa.

O impacto cultural tange até as informações íntimas e aspectos sexuais na consulta, que também são pontos comumente estigmatizados em algumas religiões, e não são muitas vezes abordados na consulta (LOSCO; GEMMA, 2021; PRIEBE *et al*, 2011). O motivo mais frequente de procura pela unidade de saúde é voltado ao atendimento de mulheres e crianças, como o rastreio para câncer de colo de útero e o pré-natal (LOSCO; GEMMA, 2021). Na cultura haitiana, com a tradição de gravidez seguida do casamento, é possível observar uma procura muito maior pela saúde da mulher que por outras áreas (PRIEBE *et al*, 2011).

Os imigrantes são grupos particularmente vulneráveis a uma diversidade de fatores que determinam as suas condições de saúde (GRANADA *et al*, 2017). Além disso, deve-se considerar o fenômeno do “migrante saudável”, no qual é levado em consideração o fato de que somente os indivíduos saudáveis suficientes para migrar são recebidos no país, uma vez que a maioria com condições ainda mais precárias de saúde que adoecem e morrem antes de ultrapassar a fronteira não são contabilizadas (GRANADA *et al*, 2017; ALVES *et al*, 2019). Quando comparados com brasileiros em vulnerabilidade social, os imigrantes bolivianos receberam menor suporte quando apresentando sintomas gripais (80,7% em comparação com 89,1%) e em cuidados com crianças e idosos (65,3% em comparação com 75,8%) (SILVEIRA *et al*, 2013).

A vulnerabilidade, adicionada a piores condições de trabalho e moradia, apresenta uma tendência à marginalização dos mesmos em regiões periféricas e precárias das cidades. Este dado é

observado na cidade de Florianópolis (DATTOLI *et al*, 2019), em que, apesar de todos os 49 centros de saúde municipais possuírem cadastros ativos de estrangeiros, a maior concentração se deu em regiões com condições econômicas menores, o que é corroborado na presente pesquisa, na qual o distrito 01 se apresentou com maior número de cadastros estrangeiros em comparação com o distrito 03 com maior número de brasileiros cadastrados até a faixa etária de 79 anos. Somente acima dos 80 anos de idade que esta proporção é invertida.

O sistema de saúde dos países de origem e a situação de saúde dos imigrantes ao adentrar ao sistema brasileiro são precários, apresentando doenças em estado grave, sem controle infectoparasitário e ressurgimento de patologias imunopreviníveis por vacinas não disponíveis previamente nos países, contribuindo para o aumento de doenças que antes estavam em controle no país acolhedor (ARRUDA-BARBOSA *et al*, 2020). Dentre elas é possível destacar um quadro crescente de patologias associadas às precárias condições de vida e de trabalho, como a tuberculose e a infecção pelo vírus HIV (GRANADA *et al*, 2017).

Todo esse contexto apresenta impacto não somente na saúde física, mas também na saúde mental destes indivíduos, que algumas vezes são alvo de maus-tratos relacionados a irresolução administrativa, condições de alojamento desumanas, acesso insuficiente a alimentos, representações negativas no nível da população local, estereótipos e discriminação (GRANADA *et al*, 2017).

Talvez a principal e mais conhecida barreira do processo migratório seja a barreira linguística. Apesar da equidade do SUS, o processo de comunicação engloba a dificuldade do tradutor durante a consulta, a quebra da confidencialidade e relação médico-paciente (PRIEBE *et al*, 2011; FAQUIN *et al*, 2018). Pelo fato da maioria dos pacientes não se comunicar no idioma local, como foi apontado por um estudo latino em que uma parcela menor de 30% dominava o português, o diálogo é intermediado por uma pessoa na comunidade que se coloca como “tradutor”. Por isso, a informação pode não ser fidedigna, além de haver relatos nos quais o tradutor escolhe as partes que vai traduzir, omitindo informações do paciente ou com mudanças de contexto (SIMÕES, 2017; PRIEBE *et al*, 2011).

Mesmo ao utilizar o intérprete oficial há quebra da confidencialidade e prejuízo na relação entre o médico e paciente, a qual não é muito bem estabelecida com uma terceira parte, impedindo também a educação continuada em saúde (PRIEBE *et al*, 2011; SILVEIRA *et al*, 2013; ARRUDA-BARBOSA *et al*, 2020). Um estudo na região norte do país aponta uma estratégia realizada pelo governo estadual que envolveu a realização de treinamentos culturais para os profissionais de saúde por intermédio do programa Mais Médicos e a criação de cursos de português para não nativos (ARRUDA-BARBOSA *et al*, 2020). Outra iniciativa documentada, realizada no estado de SP, foi a contratação de agentes comunitários de saúde de mesma nacionalidade que os estrangeiros do território (SILVEIRA *et al*,

2013). Com a presença desses, foi permitido o primeiro acesso de muitos indivíduos, que anteriormente apresentavam receio do sistema e dos funcionários, à APS de seu território (LOSCO; GEMMA, 2021).

Outro problema, muitas vezes implícito, mas que está diretamente ligado à efetividade no processo terapêutico, é a falta de informações e de histórico específicos dos pacientes nos prontuários e sistemas informatizados, sendo que em muitos países desenvolvidos apenas dados relativos aos dados vitais e notificações obrigatórias são registrados (IOM WORLD MIGRATION REPORT, 2019), o que também foi observado durante a atual pesquisa.

Na Europa e na América do Norte são encontrados problemas similares, com carga de doenças infectoparasitárias maiores advindas dos imigrantes, aumento nas taxas de morbidade e mortalidade e menor qualidade de vida, inferindo a situação de precariedade social vivenciada pelos mesmos (GRANADA *et al*, 2017).

O treinamento tanto da comunidade quanto dos prestadores de serviços públicos acerca das possibilidades de adequação dos serviços e das adaptações aos costumes da outra cultura é igualmente relevante. Assim como todo paciente, essa população necessita confiar na equipe para que seja possível a assistência integral, abrangendo igualmente aspectos sociais e culturais (IOM WORLD MIGRATION REPORT, 2019). Tudo isso requer esforço conjunto voltado para a temática envolvendo tanto os serviços locais de saúde quanto os governos, como a flexibilidade de tempo e horário do atendimento, serviço de tradutores, trabalho conjunto com as famílias e serviço social, conscientização cultural dos funcionários e programas de educação e informação ao imigrante (PRIEBE *et al*, 2011).

As pesquisas do tema em cada território e contexto específico são essenciais, uma vez que esses resultados permitem um melhor direcionamento às ações de inclusão e verbas destinadas aos setores mais necessitados (IOM WORLD MIGRATION REPORT, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico dos estrangeiros que utilizaram a APS em um município de referência no Oeste do Paraná, avaliando faixa etária, sexo e distribuição geográfica em comparação com a população brasileira local. A porcentagem de imigrantes encontrada de 3,96% está de acordo com outros estudos já publicados, com predomínio de homens jovens e adultos em idade laboral.

Deve-se considerar as limitações do estudo, pois trata-se de uma pesquisa transversal de caráter local com dados secundários limitados à disponibilidade do sistema eletrônico municipal. O sistema

de cadastro municipal não permite a estratificação e melhor conhecimento desta população com dados relacionados à escolaridade, país de origem, renda e etnia. Além disso, através da pesquisa foi identificada a não existência de dados de notificação compulsória específica por nacionalidade, uma vez que para o cadastro nacional compulsório somente é avaliado o país atual de residência do doente.

Destaca-se a importância da temática, visto que, apesar de todas as barreiras identificadas a respeito do processo de inserção do estrangeiro no sistema de saúde brasileiro sobretudo na APS, foi possível observar algumas estratégias de sucesso já utilizadas em algumas regiões do país, permitindo uma melhor inserção na comunidade e, conseqüentemente, melhora no processo terapêutico.

Com isso, são necessários maiores estudos e diversas intervenções nas três esferas governamentais, além da abordagem do tema desde a formação dos profissionais de saúde a fim de conscientizar e preparar a comunidade para o atendimento integral de todos os usuários do SUS, garantindo a universalidade e preservando a multiculturalidade nacional.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.F.S., *et al* Use of health services by Haitian immigrants in Cuiabá-Mato Grosso, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4677–4686, 25 nov. 2019.

ARRUDA-BARBOSA, L.D.; SALES, A.F.G.; SOUZA, I.L.L.D. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, 2020.

SIMÕES, G.D.F. **Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil**. CRV, 2017.

DATTOLI, V.C.C.; LUCIO, D.S.; CHAVES, I.T.D.S. A utilização da atenção primária à saúde por imigrantes em Florianópolis. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1786, 23 fev. 2019.

DIAS, S.; GAMA, A.; ROCHA, C. Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: Insights from a focus group study. **Journal of Public Health**, v. 18, n. 5, p. 489–496, 21 mar. 2010.

FAQUIN E.S.; LEMES J.R.; VIOTTO H.S.; AGUILAR D.T. Atendimentos a imigrantes recentes nas políticas públicas de saúde e assistência social: a equidade em questão. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social** (UFES/Vitória ES), v. 1, n. 1, p. 1-17, 2018.

FERREIRA, D.G.S.; DETONI, P.P. Saúde e migrações no Sul do Brasil: demandas e perspectivas na educação em saúde. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 4, 2021.

GRANADA, D., *et al* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 285–296, jun. 2017.

LOSCO, L.N.; GEMMA, S.F.B. Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

LOSCO, L.N.; GEMMA, S.F.B. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

MANCUSO A.C.B.; CAMEY S.A.; NUNES L.N.; HIRAKATA V.N.; GUIMARÃES L.S.P. Os principais delineamentos na Epidemiologia – Ensaios Clínicos. **Clin Biomed Res**, v. 33, n. 3/4, 2013.

CASCADEL. **Plano Municipal de Saúde 2022 -2025: 14a Conferência Municipal de Saúde Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em: <<https://cascavel.atende.net/cidadao/pagina/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1691619424717&file=CB51EB115CD25897878DB8E1C1DEEE9E504CFDCD&sistema=WPO&classe=UploadMidia>>.

PRIEBE, S. *et al* Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, 25 mar. 2011.

ROSA I.C, MEJÍA M.R.G., PÉRICO E. Políticas públicas e redes de apoio aos migrantes haitianos, em pequeno município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, v. 141, p. 285-302, 2021.

SILVEIRA, C., *et al* Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 2017–2027, 1 out. 2013.

IOM. Migration and health: Current issues, governance and knowledge gaps. **IOM World Migration Report**, p. 209–228, 2019.