

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E OS MIGRANTES: DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PUBLIC HEALTH POLICY AND MIGRANTS: CHALLENGES OF HEALTH EDUCATION

POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA Y MIGRANTES: DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

MOLINARI, Daniela da Rosa¹ 

TURATTI, Luciana² 

CARRENO, Ioná³ 

RESUMO

O artigo analisa o papel da Educação em Saúde em contextos migratórios. Inicialmente, se faz uma reflexão sobre o direito à saúde e os migrantes, pois no decorrer do processo de mobilidade muitos passam por significativas privações em relação a esse direito. Na sequência, apresenta-se uma abordagem da política pública de saúde brasileira em relação aos migrantes, considerados hoje, os novos usuários do sistema de saúde e por fim, analisa-se a fundamentalidade da Educação em Saúde como política pública e instrumento de promoção e prevenção da saúde dos migrantes. O método adotado apresenta uma análise predominantemente bibliográfica.

Palavras-chave: Migrantes; Saúde; Política Pública de Saúde; Educação em Saúde.

ABSTRACT

The article analyzes the role of Health Education in migratory contexts. Initially, there is a thought about health rights and migrants, which during their mobility process go through aggravated lack of this right. Then, it is presented an approach of the Brazilian Public Health Policy towards migrants, considering today as the new users of the health system and finally, the fundamental importance of Health Education within the Public Health Policy is analyzed as an instrument for the promotion and prevention of migrants' health. The method adopted presents a predominantly bibliographic analysis.

Keywords: Migrants. Health. Public Health Policy. Health Education.

RESUMEN

El artículo analiza el papel de la educación sanitaria en contextos migratorios. Inicialmente, hay una reflexión sobre el derecho a la salud y los migrantes, que en el curso del proceso de movilidad muchos pasan por significativas privaciones con relación a ese derecho. Luego, se presenta un enfoque de la Política de Salud Pública brasilera hacia los migrantes, considerado hoy como nuevos usuarios del sistema de salud y, por último, se analiza la importancia fundamental de la Educación en Salud dentro de la Política de Salud Pública como un instrumento para la promoción y prevención de salud de los migrantes. El método adoptado presenta un análisis predominantemente bibliográfico.

Palabras clave: Migrantes. Salud, Política de Salud Pública, Educación en Salud.

¹ Universidade do Vale do Taquari - Univates – Lajeado – Rio Grande do Sul – Brasil.

² Universidade do Vale do Taquari - Univates – Lajeado – Rio Grande do Sul – Brasil.

³ Universidade do Vale do Taquari - Univates – Lajeado – Rio Grande do Sul – Brasil.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de migrantes. Desde sua colonização se estabeleceram aqui migrantes de vários países, italianos, alemães, espanhóis, portugueses, japoneses, e outros, que vieram em busca de melhores condições de vida. Tal fenômeno vem se repetindo na atualidade, uma vez que em decorrência de crises econômicas, catástrofes ambientais milhares de haitianos, senegaleses, venezuelanos e outros povos têm migrado para o Brasil, com o mesmo objetivo daqueles que vieram com o objetivo de colonizar seu território: o desejo de uma vida melhor.

Ao chegarem às cidades destino, os migrantes passam a demandar o acesso a serviços públicos. No entanto, nem sempre os sistemas possuem a estrutura e as ações adequadas em atender suas especificidades. A diferença linguística é a principal dificuldade enfrentada pelos profissionais que os atendem, seja na área da saúde, da educação ou da assistência social.

O próprio processo de migração muitas vezes contribui para que a saúde do migrante fique fragilizada e a adaptação no novo espaço social nem sempre é positiva. O migrante pela sua condição social não raras vezes se torna um ser vulnerável, além do isolamento, distanciamento da família, este se encontra propenso a sofrer preconceito, discriminação e estigmatização.

É nesse sentido que o presente artigo vem demonstrar a importância da Educação em Saúde como política pública e ferramenta de promoção da saúde e de inclusão social. Em se tratando de contextos migratórios, o que se requer são ações planejadas vindas de um sistema capaz de reconhecer o migrante como sujeito de direitos, autonomia e dignidade humana. A Educação em Saúde ultrapassa a ideia tecnicista, centrada na doença e avança em direção ao cuidado, à humanização da saúde, à prevenção de doenças, envolvendo a participação da comunidade em assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida.

Dessa forma, busca-se ainda destacar aspectos que a política pública de saúde precisa superar para que assim se garanta a equidade no acesso em saúde dos migrantes e a sua inclusão social. No decorrer da reflexão, apresentam-se iniciativas de municipalidades quanto à organização e estruturação do serviço público de saúde adotadas para melhor atender a população migrante na política pública de saúde e conseqüentemente, ações possíveis para assegurar a educação em saúde aos migrantes. Iniciativas estas, que podem ser reproduzidas em outras realidades ao se deparar com a demanda dos migrantes ao acesso à saúde, suas implicações e dificuldades.

O artigo, baseado em revisão bibliográfica, está estruturado em três seções: a primeira aborda a saúde enquanto direito dos migrantes, na sequência analisa-se a política pública de saúde brasileira e os desafios frente ao expresso número de migrantes, considerados, hoje, os novos usuários do sistema de saúde e por fim, destaca-se a importância de se estabelecer uma Educação em Saúde voltada a disseminar informações sobre o cuidado com a saúde individual e coletiva, considerando que a população migrante que chega se depara com um ambiente totalmente novo, diferente do seu, seja na língua, nos costumes, no clima, na alimentação, fatores esses que recaem diretamente sobre a saúde e seu acesso.

SAÚDE E MIGRAÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) consagra a igualdade em dignidade e direitos, sem distinção de raça, sexo, cor, língua, religião e nacionalidade, e dispõe também acerca da saúde como direito fundamental da humanidade, condição necessária para garantir à pessoa e a sua família, saúde, bem-estar e um nível de vida para desenvolver-se dignamente (ONU, 1948). Na mesma linha, a Constituição Federal de 1988 contempla como direitos sociais “a educação, a saúde, o trabalho, a alimentação, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados” (art. 6º).

A Organização Mundial da Saúde (1946) atenta para o conceito de saúde informando que este ultrapassa a ausência de doenças ou de alguma enfermidade, e envolve um estado de completo bem-estar físico, mental e social. A saúde não é um fenômeno isolado, compreende o resultado das interações de todas as condições a que se submete a população. Logo, ao tratar do tema, não se pode considerar a pessoa fora da sua realidade social, cultural, econômica e ambiental, seu estilo de vida e suas condições de existência.

O direito à saúde deve ser encarado sob o prisma da qualidade de vida e da dignidade humana. A qualidade de vida representa segundo Machado (2002, p. 46), a qualidade das condições de vida, onde todos têm o direito de viver, mas o mais importante é o direito de viver bem, de viver dignamente.

A dignidade da pessoa humana é inerente à vida e a própria condição humana e independe de merecimento, é uma qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, e que implica num conjunto de direitos fundamentais que garantam as condições existenciais mínimas para uma vida saudável (SARLET, 2001).

A dignidade pressupõe assim a liberdade e a igualdade dos sujeitos. Liberdade como condição que permite o ser humano exercer seus direitos existenciais, de realizar escolhas, opinar, decidir, sonhar, etc. e a igualdade que parte do princípio de que todos são sujeitos de direitos (SINGER, 1998). Assim, a saúde indo além da ausência de enfermidades e do acesso aos serviços e da assistência médica, incorpora também a ideia de cidadania, por entender o cidadão como uma construção social, agente protagonista do seu viver e detentor de direitos, que busca melhorias em sua qualidade de vida (DALLARI, 1992).

A desigualdade social marca o processo de migração, o que não é diferente no acesso ao direito à saúde pelos migrantes. De acordo com Sarlet e Figueiredo (2008), o direito à saúde abrange a adoção de medidas que garanta o direito e a própria saúde dos indivíduos, como também, a organização das instituições, serviços e ações que gere uma prestação material ao titular desse direito fundamental.

Tem-se assim que as novas demandas originadas pela migração geram a necessária instituição de políticas de prevenção e intervenção voltadas às pessoas, bem como às suas relações sociais, políticas, econômicas e ambientais, a fim de garantir a saúde física, mental e ambiental do ser humano, da sua família e do meio em que pertence, na medida em que a política pública é instrumento de materialização dos direitos sociais.

É nesta perspectiva, que Reis e Ramos (2012) citado por Costa, Ramos e Silva (2012, p. 02-03) referem que o migrante é aquele para quem a migração poderá ampliar a perspectiva de liberdade, melhorar as condições de vida, proporcionar o acesso aos serviços básicos, à escolaridade, à saúde e à participação, e pode ainda tornar-se um importante fator de desenvolvimento. No entanto, é necessário um acolhimento adequado que lhes permita desenvolver-se nos contextos social, educacional, sanitário e político, pois as adaptações que o migrante enfrenta, muitas vezes hostis num mundo desconhecido, poderão ocasionar problemas psicológicos, físicos e gerar um *stress* acentuado devido ao processo de adaptação.

Para Granada, Carreno, Ramos, Ramos (2017, p. 290) os problemas relacionados com a migração, a qualidade de vida e o acesso à saúde tendem a aumentar diante das dificuldades comunicacionais, linguísticas e de adaptação no país de acolhimento, bem como ao se deparar com situações que envolvam preconceito, estereótipo e discriminação. Além disso, a aceitação de trabalhos pesados, mal remunerados e pouco reconhecidos socialmente e a ausência de suporte social formal e informal, assim como a permanência em habitações precárias e insalubres em regiões vulneráveis, sujeitas a catástrofes naturais e violência, carência alimentar, uso de drogas e álcool, entre outros, são fatores que comprometem a qualidade de vida e a saúde do migrante.

Crianças e adolescentes, filhos de migrantes que se veem envolvidos no processo migratório, também sofrem com os efeitos deste processo, tornando-se vulneráveis para responder as necessidades e problemas que se apresentam na sua inserção na sociedade de acolhimento, a exemplo da inclusão e dificuldades de aprendizagem na escola. De outra banda, os migrantes que vivem em situação irregular, em condições de extrema vulnerabilidade, são facilmente sujeitos de distúrbios psicoafetivos, em sua maioria vivem submetidos a um *stress* permanente, que recai sobre toda família (COUTINHO, FRANKEN, RAMOS, 2008; RAMOS, 2004). A separação da família e o distanciamento da sua terra natal, acarretado pelo deslocamento, também podem ser fatores de grande influência na saúde do migrante (VENTURA, YUJRA, 2019).

E ainda há de se considerar que os migrantes muitas vezes não recorrem aos serviços de saúde por temerem ser denunciados pela situação irregular, por dificuldades linguísticas e culturais, ou também por não conhecerem a legislação que dispõe seus direitos relacionados à saúde e ao trabalho (GRANADA, CARRENO, RAMOS, RAMOS, 2017, p. 290). Os sentimentos de vergonha, exclusão, impotência que os migrantes vivenciam diariamente nas suas relações, os incapacita de exigir e defender seus direitos.

Em um contexto migratório, tomando como exemplo a situação de gravidez, o nascimento e a maternidade reacendem o sofrimento e a dor do exílio e da separação, condicionantes impostos pela migração: a adaptação, a solidão/isolamento e o individualismo. Na nova sociedade, o confronto com culturas contraditórias ou incompreensíveis podem conduzir a família, especialmente a mãe, a ter dificuldades e inseguranças em relação ao modo de lidar com os seus filhos e à incapacidade de agir em situações de mal estar ou de doença. A mãe migrante, na condição de transplantada de uma cultura para outra, isolada, desenraizada corre o risco de não saber com a mesma segurança quais maneiras adotar, devido à divergência de referências entre as que carregam com a migração e sua cultura e aquelas que o contexto acolhedor lhes impõe. O

conflito cultural, a insegurança e a ansiedade resultam em “conflitos maternos” muito prejudiciais para a relação mãe/criança e para as interações familiares (RAMOS, 2009, p. 08).

Verifica-se assim que o processo da migração impacta diretamente na saúde dos migrantes, e impõe, por consequência, o amparo e a escuta dos profissionais de saúde, por meio de um olhar compreensivo e de alteridade que reconheça seu sofrimento e suas dificuldades. Daí a importância de uma política pública de saúde inclusiva, baseada no respeito, na solidariedade e na responsabilidade.

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E OS MIGRANTES

De fato, há na sociedade, muitas diferenças. Nenhuma pessoa é igual. As diferenças tornam algumas pessoas permanentemente ou temporariamente mais fracas e, por conta dessa situação, muitas vezes é preciso dar um tratamento protetivo para esses mais fracos e evitar qualquer discriminação. Por certo, os imigrantes que chegam ao país, podem ser considerados temporariamente mais fracos, por estarem em um país diferente, no qual, muitas vezes não dominam a língua local, não têm família ou amigos por perto, desconhecem as normas daquele país, dos costumes e cultura e, na maioria das vezes, chegam sem emprego e precisando de trabalho para poder se sustentar (MARQUES, MIRAGEM, 2012; SILVA, LIMA, 2017).

A vulnerabilidade dos migrantes, gerada pelo processo de desterritorialização, provoca a necessidade de proteção e assistência por parte do Poder Público, pois este é o responsável direto pela implementação das políticas de saúde e outras. No entendimento de Lussi (2015, p. 60), “a temática migratória é nova para as políticas públicas no Brasil, o que nos coloca ainda em uma fase de aprendizagem do que o fenômeno representa” e da “compreensão que adotamos de seu significado para o país e da relevância das questões relacionadas com o tema”.

A inclusão dos migrantes e a implementação de ações orientadas a garantir os direitos sociais obrigam a reavaliar as políticas públicas. O reconhecimento dos migrantes pela sociedade e pelas políticas públicas é vital e é associado à valorização da pessoa e a atribuição de um valor positivo a esta, algo próximo do que entendemos por respeito (ASSY; FERES JÚNIOR, 2006). Nas palavras de Fraser ao ser citado por Sarmiento (2019, p. 242-243) a falta de reconhecimento ou o reconhecimento deturpado importa na diminuição do sujeito e uma postura desrespeitosa, o que degrada e compromete a sua possibilidade de participar como igual nas interações sociais. Uma das ideias-chave das políticas do reconhecimento é a de se buscar a construção de “um mundo sensível à diferença”.

Em se tratando da política pública de saúde, os migrantes representam novos desafios para a atual conjuntura da atenção básica, aos gestores e aos profissionais de saúde, uma vez que nem sempre estão preparados para o atendimento adequado para tal demanda (RISSON, MATSUE, LIMA, 2018), o que se exigem políticas de prevenção e intervenção voltadas a uma perspectiva multidisciplinar.

A atenção integral à saúde como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) implica compreender os sujeitos, suas necessidades e diferenças. Neste sentido, Sampaio (2013) destaca que a política pública deve ser sensível, inclusiva e promotora dos direitos dos migrantes. Como

apontam Costa e Bernardes (2012, p. 883-884), “puxar a alteridade para o campo da saúde significa produzir uma torção ontológica e epistemológica que desterritorializa uma visão puramente técnica da saúde, mas incorpora também uma visão ética e política, pois nessas dimensões é possível o murmúrio da alteridade”.

Se há o direito universal à saúde, este deve ser garantido pela política pública de saúde com equidade e integralidade, pois não há como pensar a atenção em saúde na perspectiva integral e humanizada sem que os sujeitos sejam envolvidos e cuidados, respeitados na singularidade de sua vida, sua história e seus anseios. Tratando do tema Piovesan (2016, p. 37) aduz que,

determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direitos, exigem uma resposta específica e diferenciada. Neste cenário, as mulheres, as crianças, as populações afrodescendentes, os povos indígenas, os migrantes, as pessoas com deficiência, dentre outras categorias vulneráveis, devem ser vistas nas especificidades e peculiaridades de sua condição social. Ao lado do direito da igualdade, surge também como direito fundamental, o direito à diferença. Importa o respeito à diferença e a diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial.

Porém, como “as necessidades em saúde são dinâmicas, social e historicamente construídas”, estas exigem dos serviços e da gestão em saúde a capacidade “de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde” (SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007, p. 40).

De acordo com o Relatório das Migrações da Organização Internacional de Migrações (OIM), publicado em 2018, a migração internacional é um fenômeno complexo que aborda uma multiplicidade de aspectos econômicos, sociais e de segurança que afetam nossa vida cotidiana em um mundo cada vez mais interconectado. A migração abrange uma ampla variedade de movimentos e situações que envolvem pessoas de todas as esferas da vida e origens. Mais do que nunca, a migração atinge todos os Estados e pessoas em uma era de aprofundamento da globalização (OIM, 2018).

É nesse sentido que Sayad (1998) alega que a migração é considerada um “fato social total”, e o que se espera segundo Lussi (2015, p. 142), “são políticas que garantam acesso aos direitos assegurados a todos e também políticas que respondam as diferenças para que estas não se tornem fatores que cristalizam desigualdades discriminatórias”. Ou seja, “as respostas das políticas públicas aos desafios das migrações e do refúgio devem ser: interdisciplinares, integradas, contextualizadas, capazes de reconhecer e assumir a complexidade que o tema requer, sem simplismos”.

Se a globalização é inevitável, também o são a evolução e as mudanças nas políticas públicas enquanto instrumentos de efetivação dos direitos sociais, de modo que estas venham a contemplar as demandas atuais, como é o caso das migrações. Assim, o Estado deve possibilitar políticas públicas voltadas à proteção dos direitos dos migrantes, por intermédio de “uma política anti-discriminatória e de universalização, que seja capaz de transformar a migração em um fator de desenvolvimento, dando efetivo valor à pessoa humana, independentemente de sua origem” (RIKILS, 2018, p. 103).

A “adoção de políticas públicas específicas para abrigar e atender as necessidades dessas pessoas em condição de vulnerabilidade faz-se cada vez mais necessária e deve estar baseada no respeito à dignidade humana, princípio adotado pela Constituição” (RIKILS, 2018, p. 65). Desse modo “as políticas de saúde, educação e integração são necessárias para que os migrantes se adaptem e iniciem construção de seu espaço próprio na nova localidade de destino” (COUTINHO, BIJOS, RIBEIRO, 2018, p. 120).

Ademais, quando a temática migratória não entra na agenda por vontade política, pode entrar por necessidade emergente e com complexidades. Trata-se de “garantir o ‘direito a ter direitos’ também à população que escolheu este país para viver, ao menos por um tempo, mesmo tendo nascido em outro lugar” (LUSSI, 2015, p. 142).

Lussi (2017) parte da ideia do protagonismo dos indivíduos e da fundamentalidade de se estabelecer um espaço de reinvenção das relações, capaz de oportunizar o protagonismo dos sujeitos em mobilidade. No caso dos migrantes, o protagonismo se refere “à capacidade dos sujeitos, individuais e coletivos dos fluxos de mobilidade humana, de exercer uma subjetividade ativa e responsável, incidindo em seus projetos pessoais, assim como nas relações que vivem, junto às instituições com as quais interagem e na sociedade em geral” (LUSSI, 2017, p.481).

Sendo assim, as políticas públicas, em especial a da saúde, são fundamentais para o desenvolvimento das pessoas como protagonistas, agentes ativos da sociedade, criando oportunidades que dignificam a vida das pessoas, especialmente dos migrantes que precisam de um espaço aberto pra desenvolver suas capacidades e liberdades e assim recomeçar suas vidas com o reconhecimento e respeito, que toda pessoa merece.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A partir da Carta de Ottawa, a promoção da saúde significa ofertar a população condições para que esta seja capaz de melhorar a sua saúde e ter controle sobre ela. Segundo Buss (2003) a promoção da saúde se refere ao envolvimento de diversos atores e setores da sociedade, que por meio de parcerias devem buscar soluções para os problemas de saúde da comunidade. No entanto, isso só será possível através da combinação de estratégias que envolvem ações do Estado, do sistema de saúde, da comunidade e das pessoas.

A Carta estabelece como condições e recursos fundamentais para a saúde, a paz, habitação, educação, alimentação, renda, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. De acordo com Sacil et al. (2013, p. 225) a promoção da saúde está relacionada a ideia de bem-estar e refere-se também “a uma combinação de ações de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde”. Isso não é diferente quando se trata dos migrantes, que deverão também usufruir das mesmas condições de proteção que a população em geral, em termos de educação, saúde, moradia, trabalho, igualdade de oportunidades, o que reforça a importância das políticas públicas para que esses objetivos venham ser alcançados.

A promoção da saúde deve considerar as particularidades e a autonomia dos indivíduos. Para Souza et al. (2005, p. 149) “os indivíduos devem ser incentivados a se responsabilizar pela sua

saúde, a qual deverá resultar das suas próprias escolhas”. No entanto, considerando “a complexidade dessa temática questiona-se: será que todos os indivíduos possuem as mesmas condições e possibilidades de escolha?” Ou seja, “como escolher alimentos de maneira saudável e variada, se muitas vezes, a situação financeira não permite sequer as condições básicas de alimentação? Como seguir as orientações de higiene sem possuir as condições para tanto?”.

A educação em saúde está ligada ao conceito de promoção da saúde “que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer” (MACHADO et al., 2007, p. 339). É por isso que se afirma que “o direito à saúde será ou não garantido conforme a participação dos indivíduos no processo” (DALLARI, 1988, p. 59). O direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção, pois as pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que desejam ter com o meio ambiente, escolher em que cidade querem viver e que tipo de vida pretendem adotar, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que procurarão e a qual tipo de tratamento se submeterão (DALLARI, 1988).

A prestação de serviço é um dos objetivos do sistema de saúde, por consequência, serviços melhores implicam melhor desempenho dos sistemas e melhores condições de vida das populações (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). Logo, “melhores serviços têm a ver com uma estrutura bem organizada, no qual os diversos níveis de atenção estão conectados e funcionam em harmonia, tendo como fio condutor, as necessidades coletivas e individuais” (LOBATO, GIOVANELLA, 2012, p. 110).

No entanto, em se tratando do atendimento da população migrante no acesso à saúde, tem representado um desafio diante da multiculturalidade dos usuários, diferentes em idioma, cultura, hábitos, saberes e crenças, o que exige adequações e novas dinâmicas na prestação de serviço de saúde e, principalmente dos profissionais de saúde, na compreensão do contexto migratório, das dificuldades e das demandas dos migrantes, assim como, o respeito às diferenças. Desse modo, a capacitação dos profissionais de saúde se apresenta como elementar para a qualidade da prestação do serviço, como também para garantir a universalidade da saúde, o acolhimento e a hospitalidade dos migrantes, um atendimento inclusivo e humanizado na saúde.

Por sua vez, considerando as dificuldades presentes nos encontros dos profissionais de saúde com os migrantes e suas diferenças e a necessidade de prestar um atendimento eficaz e de qualidade a essa população, muitas iniciativas têm caminhado nesta direção, a exemplo de municípios gaúchos como de Santa Maria ao promover curso de formação e capacitação em direitos humanos voltado aos servidores públicos para o acolhimento de migrantes e refugiados⁴ e de Caxias do Sul, que juntamente, com universidades regionais e o Centro de Atendimento ao Migrante local, desenvolvem o projeto-piloto, chamado Inserção e Acompanhamento de Imigrantes e Refugiados nos Serviços de Atenção Primária em Saúde: Intervenções Para a Qualificação de Processos, pela qual a qualificação dos profissionais de saúde é uma das ações proporcionadas.⁵ Outro exemplo que se traz é o da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que proporcionou

⁴ Disponível em: <https://www.santamaria.rs.gov.br/smasc/noticias/15176-curso-promove-capacitacao-de-servidores-publicos-para-o-acolhimento-de-migrantes-e-refugiados>. Acesso em: 08 out. 2020.

⁵ Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/saude-firma-parceria-com-orgao-internacional-para-qualificar-o-atendimento-a-saude-de-migrantes>. Acesso em: 08 out. 2020.

diante das ondas migratórias, oficinas de capacitação e sensibilização de servidores públicos para o atendimento qualificado a migrantes, com o objetivo de garantir o atendimento humanizado e a efetivação de direitos fundamentais aos migrantes e suas famílias no acesso aos serviços públicos municipais. O curso abordou assuntos como a contextualização sobre a realidade da migração no Brasil e no mundo, a legislação migratória brasileira e direitos dos migrantes, as dificuldades enfrentadas pelas pessoas migrantes no acesso aos serviços de saúde e os mitos e fatos sobre imigrantes e refugiados. O objetivo final é não outro senão promover a igualdade no acesso e respeito aos direitos da população migrante (SÃO PAULO, 2015).⁶

Sendo assim, a capacitação dos profissionais de saúde, além de ser o primeiro passo para um melhor desempenho do sistema de saúde, possibilita compreender os migrantes e o contexto a que se inserem e ainda a interação entre equipe de saúde, migrantes e comunidade. Nesta perspectiva, deve se incentivar a participação da comunidade migrante para que assuma um papel ativo na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida. É nesse sentido, que destacam Souza et al. (2005) a importância do trabalho em comunidade, pois este permite ao profissional da saúde conhecer a realidade e as potencialidades do meio, o que lhe auxilia no trabalho de educação em saúde. Ao desenvolver trabalhos em grupos, os profissionais têm a oportunidade de estimular os participantes a encontrarem estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vivenciados pela comunidade, de se expressar e dar a sua opinião.

Nesta linha, “quando as pessoas param para ouvir o outro, compreendê-lo, respeitar suas diferenças e refletir sobre seu ponto de vista, é que se torna possível educar de maneira humanizada”. Desse modo, “a enfermagem exerce um papel sobremaneira importante no que se refere às atividades de educação em saúde como compromisso com a humanização”. O enfermeiro carrega o cuidado como essência de sua prática profissional, “que suscita responsabilização e compromisso com o ser humano a partir de uma relação dialógica que possibilita um laço educativo. Assim, na Enfermagem a Educação em Saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade e, conseqüentemente, humanizada” (BEZERRA et al., 2015, p. 7836).

Entre as responsabilidades do profissional de enfermagem, com vista a uma prática humanizada, está a de “desenvolver atividades educativas, visando a melhorar as condições de saúde e de vida do indivíduo, de sua família e da comunidade”. No entanto, “na maioria das vezes, essa função passa despercebida pela própria enfermagem, razão por que é preciso entender como esses profissionais percebem a educação em saúde e como compreendem o seu compromisso com a humanização, por meio de práticas educativas, no âmbito da atenção básica” (BEZERRA et al., 2015, p. 7836).

Aqui, é necessário também destacar a importância dos agentes comunitários de saúde (ACS) no cadastramento das famílias e nas ações educativas em saúde, pela aproximação e constantes encontros que têm com a comunidade devido ao seu duplo pertencimento, uma vez que além de serem profissionais de saúde fazem parte da territorialidade em que atuam, sendo canais de comunicação entre a população e a equipe de saúde. No caso dos migrantes, são os ACS quem

⁶

Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/imigrantes_e_trabalho_decente/programas_e_projetos/index.php?p=198964. Acesso em: 15 mar. 2020.

mais conhecem a realidade e as dificuldades dessa população e a partir destas informações a rede de saúde pode e deve atuar conforme as especificidades.

No entanto, deve-se ressaltar que o estabelecimento de relações e vínculos com o usuário migrante e a comunidade, seja por parte dos ACS como dos demais profissionais da política pública de saúde, acabam sendo comprometidos pela dificuldade de comunicação que se dá a partir da diferença do idioma. Assim, a comunicação se apresenta como condição necessária para o envolvimento mútuo entre profissionais de saúde e os migrantes e para o desenvolvimento das práticas de saúde. Contudo, a não compreensão das demandas, informações, anseios, dores, sintomas, seja pelos profissionais de saúde como pelos migrantes, leva-se a práticas de saúde fragmentadas, isoladas e unilaterais, assim como, a atendimentos incompletos e prescrições por vezes inadequadas.

A partir disso, a fim de garantir a comunicação e a eficácia dos atendimentos aos migrantes como das próprias ações de educação em saúde, destacam-se na mesma linha de medidas adotadas e tão importantes para a inclusão do migrante no espaço da política pública de saúde, dois exemplos: o primeiro do Município de Lajeado/RS que contratou uma migrante que domina vários idiomas para atuar junto à Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde Família central, onde concentra a maior demanda dos usuários migrantes, auxiliando os profissionais de saúde na tradução durante os atendimentos dos migrantes, na recepção, na sala do acolhimento, consultas médicas, bem como, em visitas domiciliares junto com os ACS. A atuação de um intermediário tradutor possibilita a comunicação entre profissionais de saúde e os migrantes, o envolvimento, a transmissão de informações e realização de práticas de saúde adequadas e efetivas. Além disso, a presença de um terceiro “familiar” à população migrante representa um suporte social, proporcionando visibilidade, reconhecimento e a inclusão social do migrante. É fonte de vínculo, responsabilização, afeto e segurança, uma representação e referência da população migrante no sistema público de saúde. A participação dessa migrante durante as práticas de saúde tem sido fundamental, principalmente em tempos de pandemia (Coronavírus), pelo qual muitos migrantes foram contagiados, o que implicou na transmissão de informações precisas quanto aos cuidados de prevenção, contágio e tratamento, já que muitos deles habitam em pequenas e precárias moradias e que na maioria das vezes são compartilhadas por mais migrantes, o que compromete a necessidade de isolamento e expõe a possibilidade de transmissão.⁷ Essa condição somada à dificuldade linguística, a desinformação, o receio de procurar os serviços públicos (no caso dos indocumentados) recaem sobre o acesso à saúde e conseqüentemente, sobre a qualidade de vida.

Como segundo exemplo, se traz da já referida Secretaria Municipal de São Paulo, que realizou a contratação de migrantes bolivianos para atuarem como ACS e atenderem a crescente população migrante boliviana em São Paulo, com o intuito de aproximar a comunidade da equipe de saúde.⁸ Para Losco e Gemma (2019) a contratação desses profissionais abriu espaços para que a

⁷ Esse exemplo é elemento da pesquisa de campo que foi desenvolvida pelo autor sob a orientação dos coautores.

⁸ Disponível em: <https://saopaulosao.com.br/nossas-pessoas/3479-agentes-de-saude-estrangeiros-atendem-a-uma-crescente-populacao-imigrante-em-sao-paulo.html#>. Acesso em: 17 fev. 2020.

equipe de saúde formasse uma relação de confiança com a população boliviana que necessitam atender em sua territorialidade. Além disso, se mostrou de grande relevância não somente durante as visitas domiciliares, mas também no cotidiano da UBS, sendo requisitados como intérpretes, auxiliando os profissionais e migrantes na compreensão linguística, caso não houvesse nenhum acompanhante com domínio do português. O duplo pertencimento é claramente demonstrado, ao mesmo tempo em que é sujeito de promoção de saúde, pertence à comunidade migrante e a territorialidade de atuação.

As contratações de migrantes representam medidas que contribuem para minimizar ou eliminar as dificuldades linguísticas e culturais enfrentadas pela equipe de saúde durante o atendimento dos migrantes, garantem a integralidade da saúde pela relação verticalizada e articulada com a população migrante e ainda favorecem o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Nesta linha, destaca-se Machado et al. (2007, p. 341), no sentido de que para a educação em saúde “se faz necessário estar aberto ao contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade”. Logo,

o princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde deve estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado, embasado em uma postura autoritária, verticalizada de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida (MACHADO et al., 2007, p. 341).

A noção de integralidade como princípio deve “orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção a saúde” (MACHADO et al., 2007, p.338). Penna (2009, p. 654) destaca ainda, que para que “as ações de educação em saúde sejam bem sucedidas, é preciso considerar o contexto cultural dos sujeitos envolvidos no processo, levando-se em conta suas representações sociais a respeito dos aspectos relacionados à saúde”. Por sua vez, essas representações “não são tomadas como um sistema fechado, mas sim como um campo aberto que pode se transformar durante as interações indivíduo-indivíduo e indivíduo sociedade” (PENNA, 2009, p. 654).

Incorporada ao SUS, a integralidade perpassa pela reorganização dos serviços de saúde, pelos conhecimentos, pelas relações dos profissionais individualmente e em equipes e as relações destes com a rede de serviços enquanto um todo. Desse modo,

para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo (MACHADO et al., 2007, p.338).

Uma educação em saúde ampliada e nos moldes da integralidade inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem (SCHALL, STUCHINER, 1999, p. 03).

Aqui, tomando como exemplo o atendimento de migrantes gestantes, os profissionais de saúde constituem um grupo de suporte social relevante para a migrante gestante. A gravidez e o puerpério é o período em que a mulher mais sente a necessidade do apoio da família e amigos, no entanto, muitas mães ou gestantes migrantes não contam com este suporte social por estarem distante de suas famílias e amigos. Assim, é de suma importância a gestante poder contar com a sensibilidade, a segurança e o apoio dos profissionais de saúde, já que tanto a maternidade, a parto, os cuidados com a criança, a amamentação e alimentação, vacinas e enfermidades, perpassam por muitas concepções que variam de acordo com as diferentes culturas, seguindo formas e tradições peculiares. Desse modo, as migrantes ao se depararem com nova cultura e formas de encarar a maternidade, tende ter certa dificuldade e insegurança, devendo dessa forma os profissionais de saúde desenvolver relações de ajuda e empatia que favoreça a interação da migrante, na medida em que a inclusão da migrante gestante nas ações de saúde oportuniza o enraizamento e a socialização, a segurança e a satisfação de suas necessidades, suprimindo assim todo o aporte material e emocional que ficou para trás.

A integralidade na saúde implica na reorganização dos serviços, das relações e práticas de saúde voltadas ao cuidado, a centralidade no usuário e a sua participação. A escuta, o acolhimento, o cuidado, a atenção, o tratamento respeitoso e digno abarcam o sentido a integralidade. Lidar com a diversidade das demandas e a pluralidade dos sujeitos e com os diferentes saberes que os acompanham leva a superação de modelos pré-estabelecidos. A integralidade como caminho para se desenvolver o cuidado passa pela articulação dos profissionais de saúde, dos saberes, do diálogo participativo e inclusivo com os usuários do sistema de saúde. Assim, a partir do atendimento das migrantes gestantes, a integralidade está relacionada ao apoio, envolvimento, acolhimento e confiança estabelecida pelos profissionais de saúde no atendimento das usuárias.

Diante disso, além das ações de educação em saúde desenvolvidas dentro das UBS, por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem durante o atendimento das migrantes gestantes, em que pese ao parto, amamentação, vacinação, cuidados com a criança, controle do peso da gestante, pressão arterial, nutrição etc., destaca-se novamente a relevância da atuação dos ACS no desenvolvimento de ações educacionais de saúde com a comunidade. No caso das migrantes gestante, no controle e reforço das orientações, por meio de uma relação próxima, de comunicação simples e com troca de experiências, afeto, responsabilização, atenção e apoio, o que estimulam a autonomia e os cuidados de saúde das migrantes gestantes.⁹

Assim, pensar na integralidade a partir de Campos (2003, p. 557), é encarar as pessoas como sujeitos. Por sua vez, “este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente”. Daí a necessidade de compreender o sujeito migrante e os seus componentes, livre de preconceitos e discriminação quanto à sua cultura e crenças.

9 Através de pesquisa de pesquisa de campo, o autor acompanhou e observou junto à UBS/ESF os atendimentos de migrantes gestantes pelos profissionais da política pública de saúde, assim como, realizou visitas domiciliares junto com os ACS na residência dos migrantes, logo, isso oportunizou a constatação da importância dos ACS no acolhimento, na integralidade da saúde e na realização de ações educativas em saúde, bem como, o suporte social aos migrantes.

A política de promoção da saúde exige a identificação e a remoção de entraves que afetam a dignidade humana e a qualidade de vida, e para isso deve estar imbuída de uma visão sistêmica. “Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A melhor compreensão do ser humano e do processo de cuidado exige a reconstrução da rota e a reavaliação dos valores fragmentados pelo tempo. A necessidade de mudar a rota, as estratégias e os objetivos, existe para que a vida seja valorizada como um bem essencial. Tudo isso perpassa pelo olhar solidário e interessado dos profissionais que não pode continuar “cego”, olhando as coisas sem mesmo ver. É urgente fazer a opção, continuar mercantilizando a doença, ou cuidar realmente dos seres humanos, respeitando sua autonomia e dignidade (BETTINELLI, WASKIEVICZ, ERDMANN, 2003, p. 234).

Por sua vez, o cuidado humano presume solidariedade. A presença solidária do profissional é transmitida pelo olhar compreensivo, atento, sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano, sentimentos de guarida e confiança (BETTINELLI, WASKIEVICZ, ERDMANN, 2003, p. 236). Citando Bettinelli (2001) “ser solidário é demonstrar flexibilidade, é trabalhar com e nas diferenças, é ter disponibilidade para com o outro”. “É um ato desprovido de preconceitos e julgamentos, a solidariedade ética é respeito ao corpo do paciente, a sua individualidade, intimidade, seu espaço e suas crenças”.

No entanto, vale destacar, que a finalidade última de qualquer serviço em saúde, em qualquer ação de saúde é “produzir o ato de cuidar” (MERHY, 2007, p. 23). Nesta linha, “todo o profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado”, ou seja, “sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos” (MERHY, 1998, apud MERHY et al., 2007, p.109).

A partir de Ayres et al. (2006), o ato de acolher significa receber bem, ouvir a demanda, respeitando o momento existencial de cada um. O acolhimento deve, portanto, “construir uma nova ética, da diversidade, da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica humanizada e solidária, comprometendo-se com a questão da cidadania. O acolhimento é humanização, não é uma atitude mecanicista e fria nas ações de saúde (AYRES et al., 2006, p. 308).

Para Carvalho, Freire e Bosi (2009, p. 862) há uma urgência por uma “nova cultura de atendimento” no campo da saúde. Dito de outro modo:

há urgência de uma nova atitude de cuidado para com o outro, que se abra ao encontro e ao diálogo com a alteridade, seja a das várias profissões atuantes no setor, seja a do próprio usuário. As políticas públicas precisam também se voltar para a própria realidade dos serviços e das condições de trabalho. Assim, a política de humanização da assistência, mais do que uma política marcada por princípios legais, assume também o significado de uma ação preocupada com os modos de vida dos atores do setor e aborda os discursos e poderes nas práticas de saúde.

O desafio que se impõe a partir do que foi exposto é o de cuidar da formação de profissionais da saúde, para que uma educação permanente em saúde ocorra e permita que estes

ampliem os modos de cuidar e agregar a sua atuação profissional. Somente assim teremos um espaço com outros olhares, que além de valorizar as práticas e saberes terapêuticos que os migrantes trazem consigo, sejam capazes de buscar estratégias clínico-institucionais abertas ao diálogo com a diferença. É um grande desafio político, clínico e pedagógico proporcionar uma formação “culturalmente sensível”. A saída está em investir na formação de pessoas que possam compreender a experiência de mal estar dos migrantes, devolvendo-lhes a dignidade sem patologizar a diferença e sem negar o sofrimento (KNOBLOCH, 2015, p. 172-173).

É o que se espera da política pública de saúde que seja capaz de abranger o contexto migratório. Para tanto, há que se considerar e romper a ideia pela qual constantemente o migrante é visto como aquele que vem se “beneficiar” dos serviços públicos, “tirando o lugar” dos brasileiros e acarretando a crise do sistema de saúde. Nessa linha, Barreto, Rodrigues e Barreto (2018) observam que as dificuldades no sistema público de saúde brasileiro quanto à deficiência na estrutura física e no atendimento à população, a escassez de recursos humanos e materiais e, especialmente a superlotação do sistema de saúde, presentes em muitas regiões, não devem ser atribuídas à demanda dos migrantes, uma vez que são condições preexistentes e que já vem comprometendo o direito à saúde da população em geral, antes mesmo da inclusão dos migrantes na política pública de saúde.

Por outro lado, é preciso destacar a afirmação de Stéphane Rostiaux, Chefe da Missão da Organização Internacional para as Migrações (OIM) no Brasil, no sentido de que “o Brasil é referência internacional por garantir o acesso universal à saúde, inclusive de pessoas migrantes, independentemente de seu status migratório”.¹⁰ Como cita Aranda (2006) há uma satisfação de migrantes com relação à atenção em saúde que encontram no Brasil, o que motiva as chamadas migrações por saúde, face à universalidade e à gratuidade que ultrapassa as possibilidades de atenção de migrantes em muitos de seus países de origem. O Brasil atrai migrações em saúde para tratamentos relacionados ao HIV por possuir um sistema de combate gratuito e auxílio em procedimentos que evitam os efeitos colaterais, com isso a qualidade de vida do migrante melhora e ainda é possível viver mais anos mesmo com o vírus, sendo considerado pela OMS como um dos melhores do mundo. Citando São Paulo, o atendimento pelo programa contra o HIV e a distribuição de remédio são de graça, só os custos do coquetel de três antirretrovirais bancado pelo governo podem passar de US\$ 1 mil por paciente ao ano, preço inacessível para a população. Em outros países, o custo anual dos remédios pode passar de R\$ 10 mil e não é bancado pelos governos (ARANDA, 2006).

Por fim, embora se aponte para um cenário otimista da universalidade da saúde, o atendimento à população migrante ainda desafia o *modus operandi* da política pública de saúde, principalmente na remoção dos entraves no processo de comunicação entre profissionais de saúde e migrantes e daqueles que acometem sua dignidade, qualidade de vida e o bem estar.

Há um longo caminho a percorrer no sentido de instituir ações educativas que venham a contribuir com a saúde e inclusão social dos migrantes, o que poderá ser alcançado com a

¹⁰ Secretaria Estadual de Saúde do RS, Saúde firma parceria com órgão internacional para qualificar o atendimento à saúde de migrantes, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/saude-firma-parceria-com-orgao-internacional-para-qualificar-o-atendimento-a-saude-de-migrantes>. Acesso em: 23 out. 2020.

organização de palestras com médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiro e demais profissionais, em encontros direcionados à população migrante, como comemorações do dia das mães e das crianças migrantes. Além disso, através da inclusão da medicina alternativa e valorização dos saberes dos migrantes, instituição de políticas intersetoriais com o envolvimento de diferentes atores, parceria entre equipe de saúde e escola, projetos de extensão comunitária de Universidades. Essas são algumas iniciativas que podem ser adotadas e que possibilitam identificar as necessidades específicas da população migrante e o desenvolvimento de estratégias de promoção e educação em saúde, pois em contexto migratórios se faz necessário abordar a saúde a mulher, cuidados com crianças e idosos, grupos de risco, saúde mental devido o stress ocasionado pela mobilidade, exames preventivos, infecções sexualmente transmissíveis (IST), tabagismo, alcoolismo, maternidade, nutrição, preparo de refeições, vacinas, etc. já que cada nacionalidade carrega em sua cultura, crenças, costumes uma compreensão e saberes próprios acerca da saúde.

De modo a contribuir com a participação dos migrantes nas ações de educação em saúde, esta pode ser estimulada com a entrega de algum brinde ao final das atividades (camiseta, brinquedos, chaveiro, item de enxoval para bebê, de utilidade doméstica, alimentos, flor, entre outros), que podem ser doados pela esfera pública em parceria com a comunidade ou empresas. Contudo, a participação da população migrante nas ações de saúde vai depender essencialmente do vínculo e da confiança construída na relação com os profissionais de saúde, logo, como visto, a inclusão de um migrante intermediário na equipe de saúde facilitará a proximidade com a comunidade migrante, a inclusão, a participação e o processo de educação em saúde.

CONCLUSÃO

O atual modelo de atenção à saúde instituído no Brasil é o SUS que atende tanto brasileiros como para os migrantes. Este sistema, baseado nos princípios da universalidade, descentralização, integralidade e participação, busca em suas ações a promoção da saúde, seja ela individual ou coletiva. Nesse sentido, a Educação em Saúde é uma ferramenta eficiente para assegurar a saúde, uma vez que parte do diálogo, da escuta e da transmissão de conhecimentos em busca de conscientizar a população quanto às práticas de cuidado com a sua saúde.

Em contextos migratórios, os profissionais de saúde desempenham papel fundamental, uma vez que são eles próprios, os responsáveis pela propagação de informações adequadas para se alcançar uma melhor saúde das pessoas. Daí a fundamentalidade dos profissionais estarem preparados e imbuídos no desejo de ajudar, escutar e ensinar, numa troca de experiências que deve envolver o respeito pelas diferenças, enquanto operadores de uma política pública sensível e inclusiva e facilitadores no processo da Educação em Saúde.

A comunicação entre os profissionais de saúde brasileiros e os migrantes sem dúvida é o fator que mais dificulta a promoção da saúde, logo, deve ser aprimorada com o objetivo de assegurar os princípios que norteiam o SUS e os direitos humanos dos migrantes. A Educação em Saúde como forma de integrar a população migrante, deve adotar cartilhas ou informativos em várias línguas a serem distribuídos pela equipe de saúde aos migrantes, de modo que as informações sobre os cuidados com a saúde atinjam sua finalidade.

Tal iniciativa já foi adotada pela Secretaria Municipal de São Paulo, através da elaboração de cartilha de apresentação do sistema de saúde, de informativo para as famílias migrantes sobre o processo de trabalho das unidades e do trabalho dos ACS, explicações detalhadas sobre as vacinas, cuidados com o coronavírus, H1N1, guia para gestantes migrantes, cartazes na recepção e no acolhimento nas unidades de saúde, orientações na farmácia popular, todos de forma didática e em diversos idiomas para que o migrante possa conhecer e sentir-se incluído no sistema de saúde (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2020).

Enfim, uma das principais ferramentas da Educação em Saúde é a comunicação. Vencida a barreira linguística, haverá maior aproximação dos profissionais da saúde com os migrantes e laços de confiança serão estabelecidos. Ter acesso às informações em saúde é fundamental para o migrante e, avança no próprio exercício de seu caminhar, como estratégia para ampliação de sua capacidade de intervir no mundo em que está inserido. O conceito ampliado de saúde impõe na necessidade de solidariedade entre os atores sociais, em uma ação intersetorial de enfrentamento das causas, dos condicionantes e dos fatores que interferem na saúde. É fundamental compreender que não basta apenas que o serviço de saúde esteja disponível à população migrante, é preciso que esse seja acessível, o que implica reavaliar as práticas da política pública de saúde. Contudo, o pleno acesso aos serviços ofertados pela sociedade de instalação, importa no conhecimento e informação dos migrantes sobre os seus direitos e na garantia da equidade no acesso.

É com esta preocupação que Organização Pan-Americana de Saúde propôs cinco linhas de ação e intervenções em relação à saúde do migrante: o fortalecimento da vigilância epidemiológica, a melhora do acesso aos serviços de saúde para as populações migrantes e para os que os recebem, a melhora da comunicação a fim de combater a xenofobia, o estigma e a discriminação, o fortalecimento do trabalho intersetorial para proteger a saúde dos migrantes e por fim, a adaptação de políticas, programas e marcos legais para promover e proteger a saúde e o bem-estar dos migrantes (OPAS BRASIL, 2019).

Sendo assim, é preciso que a Educação em Saúde vá além de campanhas, pois embora necessárias, suas ações têm resultados limitados e pontuais. A Educação em Saúde aponta para ações permanentes dispostas em estabelecer vínculos entre os profissionais, serviços e usuários. Contudo, é preciso de um olhar sensível diante das necessidades e expectativas da população migrante, disposto para o diálogo e aberto para as diferenças, pois só assim a integralidade em saúde se concretizará.

Por outro lado, é preciso também se avançar em ações que envolvam as pessoas, a comunidade de acolhida dos migrantes, despertando a solidariedade, hospitalidade e o respeito e no combate à discriminação, exclusão e estigmatização que agravam a vulnerabilidade do migrante. Mais do que atendimentos e alívio para as suas dores e doenças, os migrantes buscam nos espaços da política pública de saúde, condutas e ações dos profissionais de saúde que amenizem outros sofrimentos que igualmente acometem a sua saúde, seu bem estar e a sua dignidade, que estão ligados à atenção, respeito, aceitação, acolhimento, afeto e inclusão social.

Por fim, o êxito migratório perpassa necessariamente pela resiliência dos migrantes e neste processo de superação das adversidades e de adaptação em nova sociedade, o apoio social dos

profissionais de saúde é essencial para ajudar as pessoas no enfrentamento de situações difíceis. Importa pensar a educação em saúde como um deslocamento do modelo tradicional de saúde, centrado na doença, para focar no protagonismo e autonomia do sujeito, no estímulo às potencialidades, na valorização dos seus saberes. Desse modo, a escuta, o diálogo, o afeto, a sensibilidade e a responsabilização pelo outro são ferramentas que auxiliam na humanização do cuidado, na promoção da saúde e na resiliência dos migrantes. Daí dizer, que a Educação em saúde caminha lado a lado com a promoção da saúde e se apresenta como instrumento essencial na busca do bem estar e da qualidade de vida do migrante, para tanto, é preciso que o educador também seja educado para tal tarefa e que a política pública de saúde adote mecanismos capazes de oportunizar espaços dialógicos, inclusivos, participativos e de equidade.

REFERÊNCIAS

1. AYRES, Regina Celi Vieira; PEREIRA, Silvia Aparecida Oliveira Emygdio. ÁVILA, Silvia Martins Nogueira. VALENTIM, Wilma. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O mundo da saúde**. São Paulo, v.30, n.2, p. 306-311, 2006.
2. ARANDA, Fernanda. **Do mundo para o SUS**. Jornal da Tarde, 16 ago. 2006. In: Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/na-imprensa/do-mundo-para-o-sus/>. Acesso em: 26 out. 2020.
3. ASSY, Bethânia; FERES JÚNIOR, João. Reconhecimento. In: BARRETO, Vicente de Paulo (Coord.). **Dicionário de filosofia do Direito**. São Leopoldo: Unisinos; Rio de Janeiro: Renovar, 2006.
4. BARRETO, Tarcia Millene de Almeida Costa; RODRIGUES, Francilene dos Santos; BARRETO, Fabrício. Os impactos nos serviços de saúde decorrentes da migração venezuelana em Roraima: ensaio reflexivo. Humanidades & Tecnologia: **Revista Acadêmica Multidisciplinar da Faculdade do Noroeste de Minas**. Paracatu - MG: Editora FINOM, v.14, n.14, p. 32-42, 2018. ISSN: 1809-1628.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
6. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 2012.
7. BETTINELLI, Luiz Antonio Bettinelli. WASKIEVICZ, Josemara. ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar. **O MUNDO DA SAÚDE**. São Paulo. ano 27 v. 27 n. 2, p. 231-139, abr./jun. 2003.

8. BEZERRA, Sabrina Talita Teotônio. MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega. CARNEIRO, Alan Dionizio. FRANÇA, Jael Rúbia Figueiredo de Sá. ZACCARA, Ana Aline Lacet. DUARTE, Marcella Costa Souto. Educação em saúde como compromisso para humanizar a atenção básica: compreensão de profissionais de Enfermagem. **Rev Enfermagem - UFPE (online)**, Recife, maio. 2015.
9. BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina. FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
10. CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.
11. CARVALHO, Liliane Brandão. FREIRE, José Célio. BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Alteridade Radical: implicações para o cuidado em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 19, núm. 3, p.849-865, jul./set 2009.
12. COSTA, Iris do Céu Clara; RAMOS, Natália; SILVA, Antônia Oliveira. **Avaliação do acesso aos serviços de saúde por imigrantes brasileiros em Portugal**. Ed. Autor, 2012, 14 p.
13. COUTINHO, Frederico de Moraes Andrade. BIJOS, Danilo. RIBEIRO, Henrique Marques. O estado da arte das discussões sobre migrações internacionais e políticas públicas. **Rev. Serv. Público Brasília** 69 (2) 116-144 abr/jun 2018.
14. COUTINHO, Maria da Penha de Lima. FRANKEN, Ieda. RAMOS, Natália. Depressão, migração e representações sociais no contexto escolar de Portugal. In: RAMOS, Natália (Org.). **Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas**. Ed. Universitária da UFPB, João Pessoa, 2008.
15. COSTA, Márcio Luis. BERNARDES, Anita Guazzelli. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.822-835, 2012.
16. DALLARI, Sueli Gandolfi. **A saúde do brasileiro**. São Paulo: Moderna, 1992.
17. GRANADA, Daniel. CARRENO, Ioná. RAMOS, Natália. RAMOS, Maria da Conceição Pereira. **Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana**. Interfaces Comunicação Saúde e Educação: 2017.
18. KNOBLOCH, Felícia. **Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental**. São Paulo: Psicologia USP, v. 26, n. 2, 2015, p. 169-174.

19. LOBATO, Lenaura Costa. GIOVANELLA, Lígia. Sistema de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia. ESCOREL, Sarah. LOBATO, Lenaura Costa et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100p.
20. LOSCO, Luiza Nogueira. GEMMA, Sandra Francisca Bezerra. **Sujeitos da saúde, agentes do território**: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. Interface (Botucatu), v. 23, p. 1-13, 2019.
21. LUSSI, Carmem. **Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio**. Psicologia USP, volume 26, número 2, 2015, p 136-144.
22. LUSSI, Carmen. Desafios do encontro entre migrantes e comunidades cristãs: reflexões sobre situações de vulnerabilidade. **Encontros Teológicos**, Florianópolis, V.32, N.3, Set.-Dez. 2017. p. 479-494.
23. MACHADO, Paulo Affonso Leme. **Direito Ambiental Brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.
24. MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. QUEIROZ, Danielle Teixeira. VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):335-342, 2007.
25. MARQUES, Claudia Lima; MIRAGEM, Bruno. O novo direito privado e a proteção dos vulneráveis. São Paulo, SP: **Revista dos Tribunais**, 2012. 239 p.
26. MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias. MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. RIMOLI, Josely. FRANCO, Tulio Batista. BUENO, Wanderley Silva. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007.
27. **OIM - Relatório Mundial sobre as Migrações**. 2018. Disponível em: <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>
28. Organização das Nações Unidas (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm. Acesso em: 19 jun. 2019.

29. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS BRASIL). **OPAS apresenta orientações para melhorar saúde dos migrantes em países das Américas**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5921:opas-apresenta-orientacoes-para-melhorar-saude-dos-migrantes-em-paises-das-americas&Itemid=820. Acesso em: 08 out. 2020.
30. PIOVESAN, Flávia. Proteção dos direitos humanos sob as perspectivas de raça, etnia, gênero e orientação sexual. Perspectivas do constitucionalismo brasileiro à luz dos sistemas global e regional de proteção. In: BERTOLDI, Márcia Rodrigues. GASTAL, Alexandre Fernandes. CARDOSO, Simone Tassinari (orgs). **Direitos fundamentais e vulnerabilidade social: em homenagem ao professor Ingo Wolfgang Sarlet**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2016.
31. RAMOS, Natália. Saúde, migração e direitos humanos. **Mudanças Psicologia da Saúde**. 2009.
32. RIKIL, Fabiana. **Imigrantes venezuelanos no município de Boa Vista - Roraima e as políticas públicas sociais**. Dissertação do Mestrado em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul, 2018. 129 f.
33. RISSON, Ana Paula, MATSUE, Regina Yoshie. LIMA, Ana Cristina Costa. **Atenção em Saúde aos Imigrantes Haitianos em Chapecó e suas Dimensões Étnico-Raciais**. O Social em Questão - Ano XXI - nº 41 - Mai a Ago/2018. p 111 -130.
34. SAYAD, Abdelmalek. A imigração ou os paradoxos da alteridade. **Prefácio de Pierre Bourdieu**. Tradução de Cristina Murachco. São Paulo: Edusp, 1998.
35. SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Cartilha para migrantes gestantes**. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prenata/prenatalfrances.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2020.
36. SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **O SUS é para todos**. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/SUS/suscrioulo.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2020.
37. SOUZA, Aline Corrêa. COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos. COSTA, Lilian Escopelli Deves. OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 2005.
38. SALCI, Maria Aparecida. MACENO, Priscila. ROZZA, Soraia Geraldo. SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. BOEH, Astrid Eggert. HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter. Educação

- em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n.1, p. 224-23º, Jan-Mar 2013.
39. SAMPAIO, Cyntia. Migração e Saúde: um testemunho. REMHU, **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, v. 21, n. 40, p. 245-250, Jun. 2013.
40. SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001.
41. SARLET, Ingo Wolfgang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**. São Paulo, n. 67, p. 125-172, 2008.
42. SCHALL, Virgínia T. STUCHINER, Míriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, p. -5, 1999.
43. SILVA JÚNIOR. Aluísio Gomes da. ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria. CORBO, Anamaria D. Andrea (orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.p-27-42.
44. SILVA, Leda Maria Messias da; LIMA, Sarah Somensi. Os imigrantes no Brasil, sua vulnerabilidade e o princípio da igualdade. **Rev. Bras. Polít. Públicas (Online)**, Brasília, v. 7, n 2, 2017, p. 384-403.
45. SINGER, Peter. **Ética Prática**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
46. VENTURA, Deisy de Feitas Lima. YUJRA, Veronica Quispe. **Saúde de Migrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

Daniela da Rosa Molinari

Doutora em Ciências: Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade do Vale do Taquari - Univates, Mestre em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, graduada em Direito pela Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ.

Luciana Turatti

Doutora em Direito. Professora dos Programas de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento – PPGAD e em Sistemas Ambientais Sustentáveis – PPGSAS, ambos da Univates,

Ioná Carreno

Doutora em Enfermagem. Professora nos cursos de Medicina, Enfermagem e Farmácia da Univates.

Como citar este documento:

MOLINARI, Daniela da Rosa; TURATTI, Luciana; CARRENO, Ioná. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E OS MIGRANTES: DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 29, n. 2, p. 207-228, mai. 2021. ISSN 1982-9949. Acesso em:_____. doi: 10.17058/rea.v29i2.14807.