



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Joice Cavalcante Andrade

**ABORDAGEM DO TEMA DA SAÚDE DOS IMIGRANTES
NA ESCOLA MÉDICA:
A DIVERSIDADE NO ENSINO MÉDICO**

VOLUME 1

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural,
orientada pelo Professor Doutor Manuel João Quartilho e apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

Julho de 2019

Joice Cavalcante Andrade

Abordagem do Tema da Saúde dos Imigrantes na Escola Médica:
a diversidade no ensino médico

Dissertação no âmbito do Mestrado em
Psiquiatria Social e Cultural da
Faculdade de Medicina da Universidade
de Coimbra

Orientador: Prof. Dr. Manuel Quartilho

Coimbra

2019

DEDICATÓRIA

Aos estudantes de medicina, em especial aqueles entrevistados. Que cultivem sempre a criatividade e a capacidade de se abrirem e se surpreenderem com o novo.

Às pessoas que, por diversos motivos, tiveram que deixar seu país natal e, agora, buscam melhores caminhos em outras terras. Gratidão por trazerem consigo os ventos da diversidade e por permitirem a renovação de conceitos e olhares por onde passam.

AGRADECIMENTOS

A meu companheiro, Luca, pelo afeto, boas conversas e bom humor de sempre! Foi muito bom compartilhar esse processo com você.

Aos professores que contribuíram com inspirações determinantes para a realização desse trabalho.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
1 Introdução	1
2 Objetivos	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3 Revisão de Literatura	8
3.1 Recomendações Oficiais	8
3.2 Barreiras de Acesso “Profissionais Dependentes”	11
3.3 Iniciativas das Escolas Médicas na Abordagem do Tema da Saúde dos Imigrantes ...	14
<i>3.3.1 Inserção Curricular</i>	14
<i>3.3.2 Formatos das Atividades Oferecidas</i>	15
<i>3.3.3 Conceitos e Princípios que Embasaram as Propostas</i>	16
4 Metodologia	18
4.1 Principais Conceitos Utilizados	18
4.2 Pesquisa e Análise Documental	20
4.3 Investigação Qualitativa com os Discentes	20
4.4 Comissão de Ética	22
5 Resultados	23
5.1 Pesquisa Documental	23
5.2 Entrevistas com os Discentes	25
<i>5.2.1 Abordagem na Escola Médica</i>	26
<i>5.2.2 Percepções dos Estudantes sobre o Tema da Saúde do Imigrantes</i>	33

5.2.2.1 Principais desafios referidos pelos estudantes	35
5.2.2.2 Percepções sobre uma assistência adequada	37
5.2.3 Percepções sobre o Próprio Preparo Profissional	41
5.2.4 Sugestões para a Abordagem do Tema na Escola Médica	44
6 Discussão	47
6.1 O Tema da Saúde dos Imigrantes na Formação Médica da FMUC	49
6.1.1 Contribuições Indiretas	51
6.1.2 Possibilidades de Inserção Curricular	54
6.2 Principais Conceitos Utilizados e suas Implicações	58
6.2.1 Tratar Todos da Mesma Maneira	60
6.2.2 A Anulação do Outro	64
6.2.3 O Igual	66
6.2.4 O Adaptar-se	70
6.2.5 Sugestões quanto ao Conteúdo Abordado na Escola Médica	73
7 Considerações Finais	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXO.....	86

RESUMO

Abordagem do Tema da Saúde dos Imigrantes na Escola Médica: a diversidade no ensino médico

Introdução: Entre os anos 2000 e 2015 o número de imigrantes no mundo aumentou cerca de 41%, chegando a mais de 244 milhões de pessoas. Em Portugal, essa população corresponde a cerca de 8,5% dos habitantes do país. A intensificação dos fenômenos migratórios tem importantes implicações para a saúde pública dos países de acolhimento. Na medida em que, nas sociedades contemporâneas, os encontros entre pessoas de diversas origens têm se tornado cotidianos, é relevante e sensato que a formação médica contemple esse tema com profundidade e dentro da complexidade que lhe é particular.

Objetivo: conhecer e refletir sobre como a temática da saúde dos imigrantes é tratada durante a formação em medicina oferecida pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Metodologia: qualitativa, transversal e exploratória, que utilizou como *corpus* de estudo documentos de ordem pedagógica emitidos pela Faculdade e entrevistas abertas em profundidade realizadas com os estudantes do último ano da graduação.

Resultados: não foi encontrada uma unidade curricular destinada à abordagem da saúde dos imigrantes ou a presença do tema nos programas das várias disciplinas. Apesar da existência de espaços curriculares para se tratar da questão, a população imigrante não foi evocada. Os estudantes entrevistados confirmaram que o assunto é pouco ou nada abordado em sua trajetória formativa. Mencionaram, entretanto, disciplinas que traziam contribuições indiretas, como: ética, psicologia médica, infecciologia e medicina geral e familiar. Foi clara a preocupação dos discentes com questões de foro relacional e comunicacional. Apesar da formação realizada ter oferecido um panorama sobre esses aspectos, os estudantes não se percebiam inteiramente capazes de manejar adequadamente situações que as evocassem. Chamou a atenção a forma como alguns conceitos centrais eram abordados. **Considerações finais:** apesar das recomendações existentes, a saúde dos imigrantes não é individuada na graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Incluir pontos referentes à relação com a diversidade demonstrou-se ser essencial ao contemplar o cuidado a essa população no ensino médico. Para tanto, parece ser essencial a retificação de alguns conceitos já tratados de forma mais geral.

Palavras chaves: imigração; ensino médico; estudantes de medicina; currículo.

ABSTRACT

Approach of Immigrants' Health Theme in Medical School: diversity in medical education

Introduction: Between the years 2000 and 2015, the number of immigrants in the world increased by 41%, reaching more than 244 million people. In Portugal, this population corresponds to about 8.5% of the habitants of the country. The intensification of migratory phenomena has important implications for the public health of the host countries. To the extent that, in contemporary societies, encounters between people of diverse origins have become usual, it is relevant and wise that medical education should contemplate this subject in depth and within the complexity that is particular to it. **Objective:** to know and reflect on how the subject of immigrants' health is treated during the training in medicine offered by the Faculty of Medicine of the University of Coimbra. **Methods:** qualitative, transversal and exploratory, which used as a corpus of study documents of pedagogical order issued by the Faculty and open in-depth interviews conducted with students of the last year of graduation. **Results:** no curricular unit was found to address exclusively the health of immigrants or present this subject in them programs. Despite the existence of curricular spaces to address the issue, the immigrant population was not evoked. The students interviewed confirmed that the subject is few or nothing approached in their formative trajectory. They mentioned, however, disciplines that brought indirect contributions, such as: ethics, medical psychology, infectiology, and general and family medicine. It was clear the concern of students with issues of relational and communicational. Although the training provided an overview of these aspects, students did not fully perceive themselves capable of adequately handling situations that evoked them. It was striking how some central concepts were addressed. **Final considerations:** despite the existing recommendations, the health of immigrants is not individualized in the graduation of the Faculty of Medicine of the University of Coimbra. Including points regarding the relationship with diversity has proven to be essential when contemplating the care of this population in medical education. To that end, it seems essential to rectify some of the concepts already dealt with more generally.

Keywords: immigration; medical education; medical students; curriculum.

1 Introdução

“Eu sou brasileira e meu companheiro é calabrese. Nós moramos em Coimbra. Estudamos na FMUC e, entre portugueses e outros brasileiros, temos ainda um colega do Equador. Quase todas as manhãs, pegamos o autocarro com um casal de Cabo Verde. Quando precisamos de alguma coisa em casa, temos certeza de que a encontraremos no negócio de uma família chinesa. Somos frequentadores assíduos da seção de produtos internacionais do supermercado e também adoramos as novidades da mercearia romena do bairro. Ao menos uma vez na semana, almoçamos num restaurante indo-paquistanês, mas o melhor *kebab* da cidade comemos no bar de um tunisino.”

Começo esse trabalho com uma parte da rotina dos meses em que moramos em Coimbra. Com uma população de cerca de 135 mil habitantes residentes (PORDATA, 2018), representa hoje muito bem a multiplicidade étnica, religiosa, linguística e, porque não, também gastronômica, econômica e cultural que compõem a complexa sociedade contemporânea. Pessoas de mais de cem nacionalidades diversas declararam ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) viver aqui. De fato, segundo este órgão, o distrito de Coimbra está entre os que mais tem, entre sua população, estrangeiros residentes em Portugal (SEFSTAT, 2018). Característica essa que é especialmente intensificada se considerado o importante fluxo estudantil internacional sustentado e estimulado pela Universidade de Coimbra.

No pequeno espaço do nosso cotidiano cabiam quatro continentes, cores e traços diversos, ao menos oito línguas maternas diferentes e uma enorme variedade de pensar e viver o mundo que compartilhamos. Mas como é relacionar-se com essa diversidade? Como o território abarca essa sua nova conformação? Potencializada pelo aumento do fluxo migratório dos últimos anos, a pluralidade das sociedades contemporâneas (que, obviamente, já eram antes diversa, mas que talvez não se concentrassem tão intensamente em pequenos espaços comuns) coloca aos indivíduos, grupos e governos o belo e antigo desafio da alteridade (Bauman, 2016; Han, 2018).

O desafio em lidar com a “característica, estado ou qualidade de ser distinto e diferente, de ser outro” (Michaelis, 2018) acompanha a história da humanidade e de suas instituições. O “outro diferente” pode ser encarnado por diversas figuras a depender do período histórico e do contexto cultural e sociopolítico do momento (Goffman, 1988). Hoje, as complexas motivações e implicações que acompanham o aumento dos fluxos migratórios fazem com que, frequentemente, o *estranho estrangeiro* ocupe esse papel (Bauman, 2016).

A migração é um fenômeno que sempre esteve presente ao longo da história da humanidade, mas sua intensificação nos últimos anos trouxe especial atenção para o tema. Entre os anos 2000 e 2015 a população de imigrantes no mundo aumentou cerca de 41%, chegando a mais de 244 milhões de pessoas (WHO, 2017). Só no continente europeu, segundo estimativas do final de 2017, existem 77,9 milhões de imigrantes. Em Portugal, essa população é de mais de 880 mil pessoas, ou seja, 8,5% da população do país. (Migration Data Portal, 2018; WHO European Region, 2018). Segundo o SEF, o número de imigrantes com título de residência no país hoje é mais que o dobro do observado no ano 2000 (SEF, 2017). Isso acontece devido a políticas governamentais de incentivo à imigração e aos compromissos assumidos por Portugal frente à União Europeia no que se refere ao tema (Governo de Portugal, 2015).

Como assinalado anteriormente, a provável irreversibilidade da constituição plural da sociedade dos nossos dias traz consigo demandas e provocações aos indivíduos, mas também a comunidades, a organizações, a governos e suas políticas e paradigmas. Como acolher nos processos humanos – individuais, coletivos ou institucionais – essa nova conformação social? Segundo o prêmio Nobel Amartya Sen (2007), em seu livro *Identidade e Violência*, o único caminho é a profunda compreensão de que somos diversamente diferentes. Segundo o autor, deve haver uma “compreensão mais clara da pluralidade das identidades humanas e da maneira como essas pluralidades se cruzam entre si” (Sen, 2007, p.16). Para ele, aí está a esperança de harmonia do mundo contemporâneo.

Esse empreendimento, entretanto, tem-se demonstrado desafiador. O filósofo sul coreano Byung-Chul Han (2018) adverte que os processos interativos, nos dias de hoje, têm sido produzidos sem que o “outro” seja sequer levado em consideração, sem que este seja incluído. O autor atribui essa dificuldade ao presumível “risco” que se pensa correr ao se evocar o outro desconhecido e à sensação de falta de toda garantia quando este realmente é convidado a participar. Completa referindo que, para que a comunicação entre as pessoas de fato aconteça, é necessário que haja disponibilidade do indivíduo para se expor à alteridade e à estranheza.

Assim, o aumento do fluxo migratório põe em evidência a já existente dificuldade humana (e de suas instituições) em considerar o outro, em se comunicar (em vários níveis) com ele, em acolher e lidar com o “diversamente diferente”. Dentre os vários pontos de partida e possibilidades de observação e reflexão sobre essa realidade, trataremos, no presente trabalho, do âmbito da saúde. Especificamente, de como essa questão é abordada no processo formativo dos futuros médicos. Como estes são preparados para se relacionarem profissionalmente com a contemporânea pluralidade, neste caso, encarnada pela figura do imigrante? Como a medicina e os paradigmas que a sustentam incluem (ou não) o tema da diversidade?

A intensificação dos fenômenos migratórios tem relevantes implicações para a saúde pública dos países destino, que devem estar devidamente orientados e preparados para acolher essa demanda.

Assim, a temática da saúde dos imigrantes é hoje um importante ponto na pauta das principais diretrizes em saúde regionais e internacionais, de maneira que protocolos e recomendações são especialmente produzidos para tratar da questão (Governo de Portugal, 2015; WHO, 2017; WHO, 2017b; WHO Europe Region, 2016; WHO Europe Region, 2014). Essa atenção fundamenta-se no fato dessa população (considerando sempre sua heterogeneidade) ser reconhecidamente considerada vulnerável a uma série de injúrias à saúde e sofrer a influência de variados determinantes sociais em todas as etapas do processo de deslocamento. (FRA, 2013; Simich & Andermann, 2014; WHO, 2017; WHO, 2017b)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a pessoa imigrante tem direito ao acesso irrestrito aos serviços de saúde, sem discriminação de cor, gênero, religião ou etnia (WHO, 2018). Em Portugal, desde 2001, esse direito é concedido, independentemente do *status* legal. Nesse país, o acesso é reconhecido e garantido pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) de acordo com Lei de Bases de Saúde (Lei 48/90) (Entidade Reguladora de Saúde, 2015).

Entretanto, são várias as barreiras que esses indivíduos, principalmente aqueles que ainda não obtiveram a permissão de permanência, enfrentam ao pleitear acesso ao cuidado em saúde. Essas dizem respeito tanto a impedimentos legais, dificuldades financeiras e à falta de conhecimento do sistema de saúde local quanto a questões referentes à língua, à cultura, à discriminação e ao estigma (Hacker, Anies, Folb & Zallman, 2015). Algumas dessas barreiras estão vinculadas à atuação dos próprios profissionais de saúde que os assistem. Uma recente revisão de literatura realizada por Drewniak, Kronos e Wild (2017) assinala que algumas atitudes e comportamentos dos clínicos podem contribuir para que o atendimento aos imigrantes não esteja em equidade àquele prestado à população local. São eles: a presença de uma perspectiva estereotipada e preconceituosa; problemas na comunicação; incompreensões de fundo cultural; e discriminação.

De fato, muitos profissionais referem ser inseguros quanto às suas habilidades clínicas, comunicacionais e relacionais quando devem prestar assistência a imigrantes. Somado a isso, a pouca previsibilidade no andamento dos processos diagnósticos e terapêuticos e a elevada prevalência de sintomas psíquicos e psicossomáticos relatadas tornam ainda mais peculiar o cuidado desses pacientes (Aragona, Rovetta, Pucci, Spoto & Villa, 2012; Farley, Askew & Kay, 2014; Kirmayer et al., 2011; Starkshall, Baynesan & Feldman, 2009; Terraza-Núñez, Vazquez, Vargas & Leizana, 2011). A diversidade linguística, cultural, étnica e religiosa que caracteriza essa população é marcante. Essas características fazem com que os médicos frequentemente qualifiquem a assistência a esses pacientes como desafiadora (quando não, difícil).

Mediante os importantes questionamentos que brotam dessa relação, é impossível não evocar o “sujeito desviante” de Goffman (1988). E, sob essa perspectiva, quantos “desvios” esses indivíduos podem agregar! Estrangeiros, étnica, linguística e culturalmente diversos, socioeconomicamente fragilizados... Entre muitos outros “desvios”, neste caso, o imigrante é também aquele que demanda

rearranjos, concessões e flexibilidade nas rotinas médicas, é o que traz queixas inexistentes nos manuais da medicina ocidental e que não preenchem os critérios das patologias conhecidas, é o que requer atenção integrada entre o somático e o psíquico, entre o biológico e o social. Enfim, são várias as características que colocam esses pacientes fora da norma rotineira de profissionais e serviços de assistência dos países que os recebem.

Nessa dinâmica, atuam fatores que vão além da não consideração da importância dos aspectos socioculturais no processo do adoecimento (Kirmayer, Rousseau, Jarvis & Guzder, 2008). Estabelece-se um complexo embate que mexe em pontos cruciais da prática médica. De um lado, aquele que exige um olhar singular e desnudo, de outro, o que se sustenta no que é conhecido e igual. Igual este que não se processa através do encontro sob as mesmas bases, mas a partir da negação ativa da diversidade, da ignorância do próprio pano de fundo sociocultural e da fixação na predicabilidade dos processos.

Assim, a diversa presença dos imigrantes nos serviços de saúde tem convidado profissionais, organizações assistenciais e de ensino e políticas públicas a reestruturarem-se não apenas quanto à oferta de um suporte que abranja essa heterogênea população e inclua suas especificidades. A sua presença potencializa e torna mais evidentes certas problemáticas e incita a própria medicina (como saber) e seus representantes a refletir sobre os princípios, fundamentos e métodos que guiam a sua *práxis*. Pensar sobre o “diversamente diferente” dentro da dinâmica médica, sobre a atuação dos determinantes socioculturais no adoecimento, sobre a comunicação entre profissionais e pacientes, sobre o lugar do outro na relação terapêutica ou, ainda, sobre as várias perspectivas possíveis do processo saúde-doença são, mais que nunca, uma necessidade (Kirmayer et al., 2008).

Mas como preparar adequadamente os futuros médicos para o acolhimento em saúde dos pacientes imigrantes? O que faz relevante a inclusão desse tema na formação médica e que princípios a devem guiar? Que outras pertinentes questões podem ser apontadas e abordadas a partir dos desafios surgidos nesse encontro? A comunidade acadêmica tem uma posição estratégica e particular responsabilidade no que diz respeito à formação de profissionais satisfatoriamente preparados para lidar com a pluralidade de seus utentes (Afkami, 2016). Na medida em que, nas sociedades contemporâneas, os encontros entre pessoas de diversas origens têm se tornado cotidianos, é relevante e sensato que a formação médica contemple essa temática com profundidade e dentro da complexidade que lhe é particular (Chang, Simon & Dong, 2012).

Muitos docentes já reconhecem essa importância e demonstram estar disponíveis quanto à questão (Lu, Tsai & Tseng, 2014; Sorensen, Jervelund, Norredam, Kristiansen & Krasnik, 2017). Também os estudantes alertam para a necessidade de preparo e engajamento. Duvivier, Mansouri, Iemmi e Rukavina (2010) exemplificam algumas iniciativas dos próprios alunos em fornecer cuidados médicos adequados a imigrantes de vários países do mundo. Como representantes da IFMSA, *International Federation of Medical Students' Associations*, posicionam-se a favor da inclusão

substancial dessa temática no currículo. Defendem ainda que a discriminação contra imigrantes seja combatida no âmbito da assistência e que o direito à saúde seja respeitado e prevaleça em relação às políticas migratórias nacionais.

Existem, atualmente, recomendações formais de que a diversidade seja seriamente contemplada pelo currículo médico e que sejam incluídas atividades que permitam o desenvolvimento de competências culturais, comunicacionais e relacionais na graduação médica (General Medical Council, 2017; LCME, 2018; Lu et al., 2014; WFME, 2015a; WFME, 2015b). Há ainda orientações nacionais e internacionais que versam especificamente sobre a imigração e a formação dos profissionais de saúde (Governo de Portugal, 2015; WHO Europe Region, 2016). Entretanto, muitas vezes, estas não são acolhidas ou tratadas com relevância e da maneira adequada pelas instituições competentes. Dessa forma, é comum que as iniciativas implementadas sigam sem a complexidade suficiente para transformar a fundo as dinâmicas envolvidas na prestação de assistência a essa população (WHO, 2017a).

Contemplar essa complexidade não é fácil. Gregg e Saha (2006), por exemplo, alertam para o risco de que abordagens inadequadas nesse âmbito, para além de serem ineficazes, podem ainda reforçar preconceitos e estereótipos raciais, religiosos, culturais e étnicos e distanciar os clínicos de aspectos essenciais que envolvem essa temática. O treinamento direcionado aos estudantes deve incluir mais que a aquisição de conhecimento e habilidades, pois estas nem sempre se mostram suficientes para que o aluno seja capaz de observar, conhecer e atuar frente a deletérias concepções e dinâmicas (nem sempre conscientes) que permeiam não só a relação da sociedade, como também da medicina (enquanto saber), com *estranho estrangeiro*. É preciso conhecer a epidemiologia, as patologias prevalentes e os determinantes da saúde dessa população, mas também é necessário aprender a considerar amplamente a existência do outro, a comunicar-se e relacionar-se com ele, a estabelecer a empatia e o *rapport*¹ satisfatórios para um cuidado adequado (Afkami, 2016; Fitzgerald & Hurst, 2017; Hudelson, Perron & Perneger, 2010). Como referido por Byung-Chul Han (2018, p. 85), é “necessário considerar de novo a vida a partir do outro, da relação com o outro, concedendo ao outro uma prioridade ética e, mais ainda, aprendendo de novo a linguagem da responsabilidade, escutando e respondendo ao outro”.

Dessa forma, tendo em consideração a atual conformação multiétnica das sociedades, a garantia da saúde como um direito de todos e as recomendações formais de organismos globais e locais de que profissionais e serviços se capacitem a oferecer uma assistência eficaz e digna aos utentes imigrantes, fica ressaltada a importância de que o tema da saúde dessa população seja adequadamente considerado no ambiente acadêmico. Os futuros profissionais de saúde devem ser devidamente capacitados para lidar com essa demanda assistencial. Pensar a imigração e sua inserção curricular está também intimamente vinculado à urgente revisão crítica sobre a atual construção do conhecimento e da *práxis* médica. Refletir

¹ *rapport*, do francês, relação, é utilizado aqui como uma qualidade circular e recíproca do vínculo estabelecido entre médico e paciente.

sobre esse tema de maneira mais profunda inevitavelmente nos coloca diante de questionamentos sobre como é regida, sobre os princípios que a norteiam e sobre o que se almeja da formação geral dos médicos.

Assim, motivados pelo agora exposto, e contextualizando-o à nossa realidade mais próxima, apresentamos o presente estudo que tem por objetivo conhecer e refletir sobre como a temática da saúde dos imigrantes é tratada durante o Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra².

² A formação em medicina oferecida pela Universidade de Coimbra acontece, atualmente, sob o formato de Mestrado Integrado em Medicina (MIM). Corresponde, assim, concomitantemente, aos 1º e 2º ciclos.

2 Objetivo

2.1 Objetivo Geral

Conhecer como a questão da saúde dos imigrantes é abordada durante o Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

2.2 Objetivos Específicos

Investigar a existência da temática da saúde dos imigrantes no Plano de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina e outros documentos de ordem pedagógica.

Conhecer a percepção dos discentes do último ano do Mestrado Integrado em Medicina sobre a abordagem do tema da saúde dos imigrantes durante sua graduação.

Conhecer a percepção dos discentes do último ano do Mestrado Integrado em Medicina sobre sua preparação para lidar com o acolhimento dos pacientes imigrantes.

Refletir sobre a interface entre os resultados encontrados e a formação médica geral.

3 Revisão de Literatura

Exporemos agora os resultados de revisões realizadas com o intuito de conhecer como relevantes aspectos da saúde dos imigrantes são abordados pela literatura científica. Tentamos com isso, essencialmente, saber o que esta aponta ser significativo – do ponto de vista da saúde pública, do médico e do paciente – no encontro entre pessoa imigrante, serviços assistenciais e profissionais de saúde. Esses dados irão, mais adiante, ajudar-nos a pensar os nossos próprios resultados. Servirão também de amparo no exercício de refletir sobre o que é importante tratar sobre essa temática na graduação médica, qual a melhor forma de fazê-lo e sobre como aspectos vinculados a esse tema se relacionam com a construção do saber e da prática médica.

Assim, começaremos por revisar recomendações e protocolos de organizações locais e internacionais no que concerne à saúde dessa população. Isso permitirá conhecer as principais estratégias no âmbito da saúde pública. Em seguida, abordaremos os principais desafios surgidos a partir da relação entre profissionais de saúde e pacientes imigrantes nos serviços de assistência. Almejamos com isso reconhecer os pontos referidos pela literatura científica como cruciais na dinâmica desse encontro. Por fim, exporemos as iniciativas existentes no meio universitário para promover o tema durante a graduação médica, o que nos permitirá ter uma ideia da amplitude, dos aprendizados e dos limites do que já é realizado no mundo acadêmico.

3.1 Recomendações Oficiais

A saúde da população imigrante tem sido alvo de grande concernimento, de forma a ser especialmente tratada em protocolos, resoluções e declarações das principais organizações globais e locais do âmbito sanitário (Governo de Portugal, 2015; WHO, 2017a; WHO, 2017b; WHO Europe Region, 2016; WHO Europe Region, 2014). Considerada uma população vulnerável, ainda que heterogênea (FRA, 2013), recebe diferenciada atenção da Organização das Nações Unidas (ONU), tal como é possível observar nos objetivos propostos pela Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015) e pela *New York Declaration for Refugees and Migrants* (UN, 2016). Exporemos abaixo de maneira sintética as recomendações mais recentes da OMS, OMS-Europa e do Governo de Portugal.

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde publicou um documento relativo à promoção da saúde da população migrante e refugiada em que lista as prioridades a serem consideradas para atingir os objetivos estabelecidos pela Agenda 2030, que tem como lema *leave no one behind*³ (WHO, 2017a). Este documento pretende servir-se de guia para organizações, governos e serviços de saúde, no sentido de orientar a concepção de ações a serem desenvolvidas nesse âmbito.

³ *leave no one behind*, do inglês, não deixar ninguém para trás.

A OMS delimita, assim, os seguintes tópicos: defesa da saúde do imigrante como tema prioritário nas agendas globais e regionais; promoção de políticas públicas sensíveis à questão da saúde dos refugiados e migrantes, de forma a prover o acesso equitativo dessa população à promoção de saúde, à prevenção de doenças e aos serviços de saúde de alta qualidade; aumento da capacidade de acessar e intervir sobre os determinantes sociais da saúde através de ações integradas e coerentes de vários setores públicos; fortalecimento dos serviços de monitorização e de informação em saúde referentes ao tema; progresso em direção às metas de desenvolvimento sustentável propostos pela Agenda 2030; redução da morbimortalidade entre refugiados e migrantes através de intervenções em políticas públicas a curto e longo prazo; proteção e aprimoramento da saúde e do bem estar de mulheres, crianças e adolescentes migrantes e refugiados; promoção da continuidade e da qualidade do cuidado em saúde oferecido, em particular para pessoas com deficiências, portadores do HIV/AIDS, tuberculose, malária, doença mental e outras condições crônicas; desenvolvimento, implementação e reforço de questões referentes à saúde ocupacional dos trabalhadores migrantes; promoção de equidade de gênero e empoderamento meninas e mulheres migrantes; promoção de medidas para melhorar a comunicação, conter a xenofobia e esclarecer mitos e preconceitos em relação à saúde dos imigrantes e o impacto na saúde das populações locais e sistemas de saúde; fortalecimento de parcerias e colaborações intersetoriais, internacionais e entre as agências coordenadoras.

A OMS Europa (WHO Europe Region, 2016) corrobora as propostas acima citadas e também se alinha com o estabelecido pela Agenda 2030 (ONU, 2015) e pela *European Policy Framework for Health and Well-Being – Health 2020* (WHO Europe Region, 2012). Define ainda algumas áreas de atuação estratégica no plano de ação para a saúde dos imigrantes. As áreas delimitadas são: ação colaborativa entre as agências da ONU, a União Europeia, a *International Organization for Migration* (IOM) e outras organizações nacionais e internacionais para questões referentes à saúde dessa população; defesa do direito à saúde de refugiados, requerentes de asilo e migrantes, reconhecendo os direitos humanos e reduzindo a discriminação e a estigmatização; endereçamento aos determinantes sociais da saúde; preparo da saúde pública para a questão, com garantia de uma resposta efetiva; fortalecimento dos serviços de saúde e sua resiliência para lidar com a saúde dos imigrantes; prevenção de doenças transmissíveis; prevenção e redução dos riscos relacionados às doenças não transmissíveis; garantia de realização de triagens e avaliações éticas e efetivas; aprimoramento do serviço de informação em saúde.

Para atingir as metas relativas às áreas estratégicas delimitadas, a OMS-Europa prevê algumas ações necessárias, delimitadas no mesmo documento. Podemos citar as seguintes medidas previstas pela Organização: desenvolvimento de treinamentos em abordagens baseadas na equidade e nos direitos humanos para profissionais de saúde e outros; inclusão, no planejamento das políticas, estratégias e ações em saúde pública referentes à saúde de refugiados e migrantes; provimento para o público, migrantes, profissionais de saúde e outros de informações acuradas e verdadeiras sobre as questões

concernentes à saúde do imigrante (incluindo a legislação vigente); atuação ativa, através da educação pública, no sentido de conter a xenofobia e combater processos excludentes, discriminatórios e estigmatizantes, especialmente no âmbito da saúde; capacitação dos serviços de saúde com o intuito de oferecer um cuidado digno e respeitoso, culturalmente sensível e capaz de superar as barreiras linguísticas; treinamento dos profissionais para acessar os determinantes sociais, econômicos e ambientais envolvidos na saúde dos migrantes, para identificar as barreiras de acesso aos serviços de cuidado, para detectar situações de abuso e de violência e para manejar sensível e apropriadamente as doenças transmissíveis.

É possível observar, entre as medidas citadas, a ênfase conferida à preparação e à capacitação de serviços e profissionais para acolher e lidar com as especificidades dessa população. Essa importância é reforçada ainda por uma outra medida preconizada pela OMS-Europa como ação necessária para contemplar as metas traçadas que gostaríamos de especialmente ressaltar: “a inclusão, na formação graduada, pós-graduada e na formação continuada dos profissionais de saúde, da temática da saúde do imigrante”. Essa preocupação é condizente com a questão que estamos tratando e corrobora e reforça os objetivos da presente pesquisa.

No que diz respeito à realidade portuguesa, destaca-se o Plano Estratégico para as Migrações (PEM 2015-2020), documento emitido pelo Governo Português e executado e monitorado através do Alto Comissariado para as Migrações (Governo de Portugal, 2015). No PEM, o Governo Português constata a crise demográfica pela qual passa o país atualmente e vê o processo imigratório como uma importante solução para a questão. Dessa forma, oficialmente reconhece que:

As exigências do momento presente reclamam medidas e ações concretas que promovam a integração pessoal, social, profissional e cívica, a fim de garantir o acesso de direito a uma cidadania comum. O modelo de governação participada da diversidade cultural de Portugal, mostra-se, pois, aberto à mudança e à evolução com vista à preparação do futuro, prevenindo clivagens e preservando a coesão social, dando resposta aos desafios e oportunidades inerentes à experiência migratória de Portugal. Assim, o desenvolvimento de uma política para as migrações tem, forçosamente, de atender aos principais desafios contemporâneos e enquadrar o seu potencial no desenvolvimento de outras áreas da intervenção pública (Governo de Portugal, 2015, p.7).

O PEM, principal documento guia do processo migratório em Portugal, traça uma série de medidas a serem implementadas direcionadas, entre outros âmbitos, para a integração de imigrantes no país. Embora, de forma geral, possamos considerar que todas as medidas dizem respeito a e impactam a saúde dos imigrantes – tomando por base uma perspectiva ampla e complexa sobre os determinantes sociais da saúde atuantes sobre essa população – destacamos aquelas que dizem respeito especialmente ao funcionamento dos serviços e desempenho dos profissionais. São estas: o desenvolvimento de

iniciativas de prevenção e combate ao racismo e à discriminação racial; a criação de um plano de formação nacional para os técnicos que desenvolvem trabalho na integração dos imigrantes, dentre estes, profissionais de saúde; promoção de iniciativas com vista à sensibilização da opinião pública para a importância da diversidade cultural e da interculturalidade, através, entre outras ações, do reforço da formação para a interculturalidade na qualificação de profissionais de diversas áreas, entre elas, a saúde.

De maneira ainda mais específica, é possível delimitar 6 outras medidas que falam especialmente da saúde dos imigrantes. Estas são, nomeadamente: a implementação e monitorização do Manual de Acolhimento no Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros; o incremento da monitorização da saúde em populações vulneráveis, neste caso, imigrantes; a criação de informação acessível sobre o sistema de saúde; a celebração de protocolos para a mediação intercultural no âmbito do acesso dos imigrantes ao Sistema Nacional de Saúde; a promoção de formação a profissionais de saúde acerca das necessidades dos migrantes na área da saúde; a melhoria do conhecimento nacional e europeu na área da saúde dos migrantes. Mais uma vez, ressaltamos a especial menção de propostas formativas para profissionais de saúde e serviços de assistência como um todo.

3.2 Barreiras de Acesso “Profissionais Dependentes”

Apesar da preocupação de organizações globais e locais no que diz respeito à saúde de imigrantes e dos esforços até agora empreendidos, ainda são muitas as barreiras encontradas na busca pelo cuidado sanitário. Para esclarecer um pouco essa questão, apresentaremos um estudo português promovido pelo Observatório das Migrações, órgão vinculado ao Alto Comissariado para as Migrações, e conduzido por Dias e colaboradores (2018). Essa pesquisa teve, entre outras metas, o objetivo de conhecer a perspectiva de pacientes imigrantes e dos profissionais envolvidos em sua assistência (médicos, enfermeiros e administrativos de centros primários de atenção à saúde) sobre o acesso e a utilização dos serviços sanitários.

No que diz respeito aos pacientes imigrantes, embora vários participantes tenham relatado experiências positivas nos serviços de saúde, foi identificado um conjunto de fatores que dificultam o acesso e a utilização dos serviços: barreiras econômicas, estruturais, legais, linguísticas, culturais e relacionais. Para manter a congruência com o objetivo do presente estudo, explicitaremos, a seguir, os achados que dizem respeito essencialmente aos médicos e à sua prática.

As atitudes dos profissionais foram descritas como um obstáculo (entre os outros mencionados) ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. A maioria dos participantes referiu que os médicos “algumas vezes” ou “sempre”: não conhecem a legislação e os direitos dos imigrantes; não têm sensibilidade nem competências sociais e culturais para tratá-los; e que não se esforçam para entender o que eles dizem. Alguns entrevistados referiram dificuldades no relacionamento com os clínicos, o que, no ponto de vista deles, tem implicações na continuidade da assistência. Parte dos pacientes relatou

também que os profissionais de saúde possuem um conjunto de preconceitos relativos aos imigrantes e que existe falta de informação e de sensibilidade para as diferenças culturais entre eles.

Quanto aos conhecimentos clínicos dos médicos, a maioria dos participantes referiu que “nunca” lhe ocorreu a situação de os profissionais não terem conhecimento sobre as doenças mais comuns nos imigrantes. Entretanto, alguns entrevistados relataram falta de prática no diagnóstico e tratamento de doenças tropicais ou invulgares e que isso pode ser um obstáculo no cuidado em saúde.

No que diz respeito à perspectiva e à experiência dos médicos entrevistados, foi constatado que 92% dos participantes não desempenhava atividade específica nesse âmbito. Entretanto, mesmo não fazendo parte de serviços especializados, a presença da população imigrante na prática médica era constante, com 67% dos médicos referindo atender entre 1 a 3 migrantes ao dia e 22% assistindo entre 4 e 7 migrantes diariamente.

Cerca de 76,7% dos profissionais auto-avaliaram suas competências para trabalhar com imigrantes como fracas ou razoáveis, de forma que a grande maioria considerou ser importante a aquisição de conhecimentos particulares nesta área. As fontes de obtenção de informações sobre saúde e imigração mais reportadas foram: a experiência profissional (90,9%), os colegas (77,9%) e o contato com imigrantes (82,9%). Apenas 25,4% dos médicos referiram licenciaturas, cursos e outras formações acadêmicas como tal.

Quanto aos fatores relacionados à atuação dos profissionais de saúde que poderiam constituir-se como uma barreira na assistência a pessoas imigrantes, segundo os médicos, a falta de prática no diagnóstico e tratamento de doenças tropicais ou invulgares é uma delas. Vários participantes salientaram também dificuldades de comunicação devido a diferenças linguísticas entre o profissional e o utente. Houve relatos de que alguns médicos se recusaram a efetuar consultas em outro idioma. Entretanto, para além da língua, foram referidos problemas na comunicação devido à complexidade da linguagem técnica utilizada. Questões culturais e as diferentes concepções de saúde e doença também foram apontadas como um fator importante.

Embora alguns médicos entrevistados não tenham considerado que suas atitudes pudessem contribuir para a dificuldade no acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes, outros expressaram uma opinião contrária. Muitos apontaram problemas relacionais entre profissional de saúde e utente, frequentemente associadas à falta de sensibilidade para as diferenças culturais. Alguns participantes mencionaram ainda a existência de situações de preconceito e discriminação por parte de profissionais de saúde em relação aos pacientes imigrantes. Nesse sentido, foi observado que apenas 17,8% dos profissionais discordou da afirmação de que alguns imigrantes são difíceis, agressivos e perigosos, somente 37,2% não concordou que estes são mais reivindicativos que a população geral e só 34,5% não achou que os imigrantes dramatizam ou exageram os seus problemas.

Os resultados dessa pesquisa nos permitem perceber que o encontro terapêutico entre profissionais de saúde e pacientes imigrantes já é muito frequente, mesmo em âmbito não especializado, e que apenas uma pequena parcela dos clínicos obteve algum tipo de formação (na graduação ou não)

sobre possíveis especificidades do cuidado a essa população. Observamos também que a relação terapêutica estabelecida por ambos está permeada por importantes concepções, crenças, atitudes e desafios que merecem ser considerados. Assim, foi possível vislumbrar que relevantes barreiras no acesso a um cuidado sanitário equânime podem estar, de fato, associadas à atuação médica.

A literatura científica internacional corrobora os resultados da pesquisa promovida pelo Observatório das Migrações. Ao revisar o tema, foi possível constatar que os pontos referentes à diversidade linguística e cultural e à dinâmica de trabalho foram, igualmente, os principais precipitadores de conflito, na perspectiva de profissionais de saúde em geral (não apenas médicos), no atendimento a pacientes imigrantes (Hasnain, Connell, Menin & Tranmer, 2011; Higginbottom et al., 2016; Hoye & Severinsson, 2008; Komaric, Bedford & van Driel, 2012; Nicholas, Hendson & Reis, 2014; Shtarkshall et al., 2009; Terraza-Núñez et al., 2011).

No que diz respeito à comunicação verbal, a dificuldade em compreender e interpretar as demandas bem como em se fazer entender e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos foram os obstáculos relatados (Hasnain et al., 2011; Higginbottom et al., 2016; Hoye & Severinsson, 2008; Komaric et al., 2012; Terraza-Núñez et al., 2011; Shtarkshall et al., 2009; Wachtler, Brorsson & Troein, 2006). Para além da linguagem, os problemas na comunicação entre profissional de saúde e paciente imigrado foram atribuídos ainda às diferenças culturais, étnicas e religiosas entre os indivíduos envolvidos. Foram comuns os relatos de incompreensão do pano de fundo dos pacientes imigrantes, o que, por vezes, tornava difícil acolher necessidades peculiares dessa população, interferindo no seu cuidado (Hasnain et al., 2011; Higginbottom et al., 2016; Terraza-Núñez et al., 2011; Shtarkshall et al., 2009). Foi possível detectar também a presença de perspectivas estereotipadas e, por vezes, preconceituosas e discriminatórias por parte dos profissionais em relação aos imigrantes (Higginbottom et al., 2016; Komaric et al., 2012; Nicholas et al., 2014; Terraza-Núñez et al., 2011).

A revisão conduzida permitiu observar ainda que os discursos eram comumente embebidos por questões concernentes ao sistema biomédico vigente e à dinâmica de trabalho. Os profissionais frequentemente consideravam algumas singularidades próprias do cuidado dessa população como uma interferência em seu exercício profissional e na dinâmica serviço de saúde (Higginbottom et al., 2016; Hoye & Severinsson, 2008; Nicholas et al., 2014; Terraza-Núñez et al., 2011). Foi comum o relato de relevante desconforto frente a perspectivas e compreensões diversas do processo saúde-doença. Muitos, inclusive, reconheciam-se incompetentes para lidar com as diversas crenças e comportamentos sobre saúde (Farley et al., 2014; Starkshall et al., 2009).

Por outro lado, o maior sucesso em contemplar e lidar com as diferenças demonstrou estar proximamente ligado ao maior sucesso relacional e maior sentimento de satisfação da parte do profissional (Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos & Somasundaram, 2015; Wachtler et al., 2006). A disponibilidade e abertura do clínico para estabelecer um encontro adequado, dentro das peculiaridades

inerentes ao contexto, foi mencionada como elemento essencial (Boerleider et al., 2011; Cross & Bloomer, 2010; Hasnain et al., 2011; Nicholas et al., 2014). A importância da boa escuta e do respeito ao indivíduo e ao seu arcabouço sociocultural e religioso como base atitudinal também foi trazida (Boerleider et al., 2011; Cross & Bloomer, 2011; Nicholas et al., 2014; Puvimanasinghe et al., 2015). Nesses casos, era importante a presença de uma atitude flexível e criativa (Boerleider et al., 2011; Farley et al., 2014).

A partir dos resultados apresentados pelos estudos acima expostos, percebemos que o encontro entre profissional de saúde e pacientes imigrantes pode suscitar uma série de conflitos frequentemente relacionados aos preceitos, crenças, valores e atitudes vinculados ao contexto sociocultural em que estão embebidos seus atores. O encontro terapêutico parece ter melhor ou pior desfecho a depender de como os sujeitos envolvidos conhecem seus próprios arcabouços culturais e se relacionam com a diversidade. Isso reforça e torna ainda mais evidente a necessidade de preparação dos futuros profissionais para lidar com essa realidade.

3.3 Iniciativas das Escolas Médicas na Abordagem do Tema da Saúde dos Imigrantes

Diante das recomendações de órgãos oficiais quanto à capacitação de profissionais e dos serviços de saúde para acolhimento e cuidado da população migrante e dos desafios expostos pelos clínicos na relação estabelecida com esses pacientes apresentados, torna-se ainda mais evidente a necessidade de uma firme implicação das Escolas Médicas nessa dinâmica. Assim, tal como mencionado anteriormente, para conhecer as iniciativas existentes nesse âmbito e, posteriormente, correlacioná-las aos resultados da presente pesquisa, procedemos uma revisão da literatura científica sobre a abordagem da saúde de populações imigrantes na graduação médica. Apesar da busca nos mais importantes bancos de dados da área da saúde e, especificamente, em relevantes revistas sobre educação médica, poucas iniciativas foram delimitadas. Estão expostos abaixo os principais tópicos encontrados segundo à inserção curricular, aos formatos das atividades propostas e aos principais conceitos e propostas basilares.

3.3.1 Inserção Curricular

Não foi encontrada, entre os artigos selecionados, uniformidade na maneira em que a temática da migração foi contextualizada no plano de estudos da graduação médica. Boehnlein, Leung e Kinzie (2008), Asgary, Saenger, Jophlin e Burnett (2013) e Lau, Woodward-Kron, Livesay, Elliott e Nicholson (2016) trouxeram o relato de experiências de cursos de formação paralelos ao currículo principal, à parte da proposta formativa geral da graduação médica. Nesses três exemplos, o engajamento dos estudantes

nas atividades em questão era voluntário e o número de vagas ofertadas restrito. Estas eram destinadas unicamente a estudantes pré-clínicos, do 1º e 2º ano da graduação. O tempo de formação foi autolimitado, normalmente restrito a poucas semanas de atividades.

Os artigos realizados por Dussán e colaboradores (2009) e Knipper, Akinci e Soydan (2010) apresentaram os resultados referentes à experiência, respectivamente, da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Michigan (Estados Unidos) e da Universidade de Geissen (Alemanha) em oferecer uma disciplina sobre o tema. A experiência da Universidade de Geissen também foi relatada por Knipper, Seeleman e Essink-Bot (2010). Em todos os dois casos a disciplina era eletiva e destinada a alunos pré-clínicos do 1º e 2º ano.

Um interessante relato foi trazido por Knipper, Seeleman e Essink-Bot (2010) sobre a experiência do Academic Medical College de Amsterdam. Segundo os autores, nessa escola médica, procurou-se integrar pontos relativos à saúde dos imigrantes de forma transversal no currículo. Dessa forma, ao abordar epidemiologia, farmacologia ou habilidades em comunicação, por exemplo, eram inclusas questões ou atividades que diziam respeito ao tema da imigração e da diversidade étnica e cultural.

3.3.2 Formatos das Atividades Oferecidas

Os formatos das atividades oferecidas ao estudante e as ferramentas pedagógicas utilizadas foram vários. Muitos dos serviços em que transcorria a formação não eram designadamente dedicados a acolher estudantes e não apresentavam uma proposta de treinamento (em conteúdo, habilidades e competências) articulado com o currículo da graduação médica. Boehnlein e colaboradores (2008), por exemplo, trazem o Programa em Psiquiatria Intercultural da Oregon Health and Science University, responsável pela formação de residentes em psiquiatria e que recebia também 2 estudantes de medicina voluntários a cada 5 semanas. Os autores não especificaram que atividades eram destinadas aos graduandos.

Já Asgary e colaboradores (2013) relatam a experiência de inserção de estudantes de medicina na Clínica em Direitos Humanos da Mount Sinai Medical School, Estados Unidos, espaço destinado à elaboração e emissão de pareceres para refugiados e sobreviventes de tortura requerentes de asilo. Nesse serviço, apesar dos estudantes participarem de um programa voltado especificamente a eles (com *workshops*, sessões clínicas e supervisão), eram basicamente treinados para efetuar a avaliação clínica destinada à elaboração de laudos.

Em Lau e colaboradores (2016), uma formação foi elaborada e direcionada para estudantes da área de saúde de uma zona rural da Austrália, porém em caráter experimental. Esta utilizava como recursos pedagógicos a simulação e a tecnologia da educação à distância para promover a capacitação

no modelo CREST – *Cultural Respect Encompassing Simulation Training*. Nesse modelo, dividido em 5 módulos, os estudantes passavam inicialmente por um treinamento teórico. Em seguida, entravam em contato via *video streaming* com pessoas imigrantes “culturalmente e linguisticamente diversas” (CALD) que, através de atuação dramática, simulavam questões relevantes no âmbito da diversidade cultural. O objetivo principal dessa formação foi a promoção do desenvolvimento de habilidades comunicacionais num contexto de diversidade cultural.

Os estudos que abordaram o tema da imigração como disciplina seguiram formatos diversos, embora tivessem em comum o fato de serem eletivas no currículo e destinadas a alunos da etapa pré-clínica da graduação, como já mencionado anteriormente. Em Dussan e colaboradores (2009), eram abordados temas em questões médicas e saúde mental dos refugiados e situações “*cross-culturais*”. Para tanto, os alunos frequentavam sessões didáticas e discussões e entravam em contato com pessoas refugiadas no ambiente de sala de aula.

Uma aproximação interdisciplinar e os princípios da etnografia clínica foram os recursos didáticos utilizados na disciplina “saúde do imigrante” oferecida pela Universidade de Giessen (Knipper, Akinci & Soydan, 2010; Knipper, Seeleman & Essink-Bot, 2010). Com estas ferramentas, intencionava-se permitir ao estudante desenvolver um olhar e escuta atentos, disponíveis e críticos, de forma a compreender a perspectiva do paciente e a atuação de multifatores sociais e culturais no contexto imigratório. Os estudantes participavam de aulas e discussões e entravam em contato com assistentes sociais que contavam sobre sua experiência no trabalho com refugiados.

Por fim, como mencionado anteriormente, a experiência do Academic Medical College de Amsterdam (Knipper, Seeleman & Essink-Bot, 2010) não traz a questão da saúde do imigrante no formato de uma disciplina individualizada no currículo médico. Antes, propõe tratar do tema transversalmente, inserido nas diferentes componentes, sem interferir na dinâmica das disciplinas, mas ocupando espaços dentro destas. Intencionava-se, assim, dar relevância e visibilidade ao tema, porém sem fazer uma distinção essencial entre as habilidades e competências necessárias para exercer a profissão médica e aquelas importantes no contato com indivíduos étnico e culturalmente diversos.

3.3.3 Conceitos e Princípios que Embasaram as Propostas

De forma geral, a percepção da necessidade e a importância de uma abordagem interdisciplinar para tratar do tema da saúde do imigrante apareceram em todos os artigos encontrados. Ocupando espaços diferentes nas propostas apresentadas, princípios de sociologia, antropologia, leis, história e política foram apresentados aos estudantes de medicina. Em Boehnlein e colaboradores (2008), Lau e colaboradores (2016) e Asgary e colaboradores (2013), a inclusão desses tópicos servia para fornecer bases para o objetivo principal a ser cumprido com a formação, como já mencionado, respectivamente,

o atendimento clínico psiquiátrico de imigrantes, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e a avaliação clínica e elaboração de pareceres para refugiados sobreviventes de tortura. Já nas experiências trazidas por Knipper, Akinci e Soydan (2010) e Knipper, Seeleman e Essink-Bot (2010) o conhecimento interdisciplinar pareceu ser por si só uma meta.

O papel da cultura na dinâmica do cuidado em saúde dos imigrantes foi também outro ponto trazido enfaticamente pela maioria das propostas encontradas. Boehnlein e colaboradores (2008) defendem uma conceituação ampla de cultura, embora não explicitassem no artigo a definição adotada. Os autores propuseram tratar especialmente da abordagem das perspectivas culturais sobre saúde, doença e cura e a influência dessas no cuidado prestado. Ainda no que diz respeito a essa questão, Lau e colaboradores (2016) trazem como base para sua proposta formativa o desenvolvimento de competência cultural pelos estudantes. Sugerem que esse conceito seja aplicado com foco no “indivíduo e em suas diferenças culturais, nível de conhecimento, necessidades, valores, preferências e na oferta de um cuidado respeitoso, suportivo, facilitador e individualizado.” Também Knipper, Seeleman e Essink-Bot (2010) trazem o treinamento em competência cultural (nesse caso, como disciplina eletiva ou tema curricular transversal) e referem como principais tópicos a serem tratados: a epidemiologia; cultura, etnicidade e identidade; contexto social, econômico e legal; comunicação.

Seguindo ainda essa temática e o pensamento de Knipper, Seeleman e Essink-Bot (2010), foi salientada a importância de que o profissional tenha consciência de como a cultura pode moldar a percepção do paciente, alertando, porém, para o perigo de uma concepção estática. Segundo os autores, esta impediria a compreensão do paciente como indivíduo e abriria possibilidades para estereotipização, preconceito, racismo e discriminação. Um outro ponto relevante trazido é o risco de que aspectos sociais, econômicos, políticos e legais sejam menosprezados e justificados através da cultura. Segundo eles, essa questão não deve ser perdida de vista, pois são mais relevantes ao se tratar da saúde no contexto migratório que a própria cultura, religião ou ancestralidade.

Um interessante tópico foi trazido à tona por Boehnlein e colaboradores (2008) e Knipper, Akinci e Soydan (2010). Esses autores introduzem a ideia de que as habilidades e competências que devem ser desenvolvidas para prestar assistência a pacientes imigrantes não diferem daquelas a serem trabalhadas na formação médica geral. Boehnlein e colaboradores (2008) apresentam a questão afirmando que o contato com essa população oferece uma oportunidade de aprofundamento das sutilezas envolvidas na comunicação entre médico e paciente. Knipper, Seeleman e Essink-Bot (2010), por sua vez, ao trazerem o exemplo da inserção transversal da temática migratória no currículo médico, defendem que lidar com a diversidade é uma parte integral das competências médicas a serem adquiridas na formação geral. Afirmando ainda que “em sua essência, questões culturais, de comunicação e pesquisa em relação a populações etnicamente diversas são apenas exacerbações de problemas gerais na medicina e no cuidado em saúde”.

4 Metodologia

Trata-se de uma investigação qualitativa transversal realizada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra que, para contemplar seus objetivos, utilizou como *corpus* de estudo a pesquisa e análise documental e entrevistas abertas em profundidade realizadas com os estudantes ⁴. O presente trabalho não trouxe hipóteses a serem testadas ou ideias pré-concebidas a serem verificadas. De caráter exploratório, visou essencialmente abrir perspectivas e reflexões sobre questões que envolvem a abordagem do tema da saúde da população imigrante durante a graduação em medicina.

4.1 Principais Conceitos Utilizados

Para realizar esse projeto, alguns conceitos nortearam nossa perspectiva e devem ser mencionados. Inicialmente, é preciso esclarecer que utilizamos o termo *migrante* segundo a definição da *International Organization for Migration* (IOM, 2018), que o tem por “qualquer pessoa que está se deslocando ou se deslocou através de uma fronteira internacional ou dentro de um País diferente de seu local habitual de residência, independentemente de (1) seu status legal; (2) se o deslocamento foi voluntário ou involuntário; (3) quais foram as causas do deslocamento; ou (4) qual a duração de sua estadia.” Incluí, portanto, a migração de refugiados, requerentes de asilo, migrantes econômicos e pessoas que se deslocam por outros motivos.

Não fizemos, portanto, distinção quanto à razão que determinou o deslocamento. Também não especificamos local de origem, tempo de permanência no país de acolhimento ou outra variável que pudesse existir no sentido de delimitar de que imigrantes em particular estávamos falando. Apesar destes serem fatores relevantes que podem relacionar-se às condições de saúde, são muito específicos para o escopo desse estudo. Assim, mesmo nos referindo generalizadamente, é importante deixar claro de que os reconhecemos como parte de uma população francamente heterogênea, com uma série de especificidades a depender da circunstância considerada, aqui tratada de forma geral apenas porque levamos em conta nesse estudo, essencialmente, o fato comum de serem pessoas que estão estabelecidas (de passagem ou não) em um país que não aquele de origem.

Outro conceito que utilizamos é o de *saúde*. Embora largamente difundido nos meios acadêmicos, assistenciais e de pesquisa, achamos por bem reforçar que o referimos de acordo com a definição corrente da Organização Mundial da Saúde. Esta foi cunhada em 1948 e diz que “saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de afecções e enfermidades” (WHO, 2019). Apesar de, pessoalmente, guardar algumas reservas em relação a esse conceito, decidimos acatá-lo essencialmente por dois motivos. Primeiro, por ser globalmente aceito e ser defendido pela Organização que orienta e serve de parâmetro para a totalidade das práticas em saúde

⁴ A presente pesquisa incluía, inicialmente, também a aplicação de um questionário quantitativo-qualitativo para todos os discentes do último ano. Devido às limitações referentes ao procedimento estabelecido pela Faculdade para tal (a pesquisadora não poderia fazê-lo pessoalmente, apenas através do Núcleo de Estudantes de Medicina), não foi possível realizar essa etapa.

pública atualmente. Segundo, porque contempla não só a saúde física, mas também questões de ordem psíquicas e sociais, tão marcantes quando se pensa sobre os principais agravos que afetam a população imigrante.

Como base para delimitar quais seriam esses agravos e demais tópicos a se ter em conta, baseamo-nos especialmente nas recomendações realizadas pelos principais órgãos nacionais e internacionais e em questões levantadas por artigos científicos sobre essa temática. Esses itens foram delimitados a partir da revisão bibliográfica apresentada anteriormente, sintetizados e dispostos na tabela 1 (em anexo). Foi realizada uma espécie de correspondência entre os temas levantados pela revisão bibliográfica e as componentes curriculares onde, eventualmente, poderiam ser tratados, aproximando esses tópicos do ensino médico. Optamos por essa estratégia com o intuito de nos manter sempre em congruência com as reais questões sinalizadas pelos principais órgãos responsáveis por guiar a prática de assistência à saúde aos imigrantes e dos desafios apontados pelos profissionais em campo. Esse caminho também nos pareceu de utilidade para, posteriormente, discutir os dados encontrados e realizar sugestões de intervenção prática no currículo médico. É importante ressaltar, no entanto, que os critérios delimitados pelos protocolos não restringiram ou sufocaram nossa análise, servindo apenas de parâmetro para o que seria relevante tratar.

Apesar de não serem, em muitos momentos, explicitamente tratados, alguns princípios – relacionados à psiquiatria transcultural contemporânea – permearam todo o tempo a nossa perspectiva. Estes envolvem o reconhecimento de que: tudo que diz respeito aos processos de saúde e doença é intrinsecamente vinculado a aspectos socioculturais e, oferecer assistência a pessoas pertencentes a culturas diversas requer necessariamente que se considere esses processos a partir dos pontos de vista delas; cultura é um fenômeno complexo, dinâmico e mutável, devendo haver bastante cuidado para que este aspecto não funcione como algo que promove estereotipização e preconceitos; é essencial que se considere profundamente o próprio pano de fundo cultural e que a atuação profissional é determinada a partir daí; e, por fim, que a aquisição de competências culturais, atualmente, está relacionada ao saber lidar com a diversidade mais que com a aquisição de conhecimento específico sobre determinadas culturas (Aларcon et al., 2002; Kirmayer et al., 2008; Littlewood & Dein, 2000).

A partir da explicitação desses conceitos e princípios, é possível ter ciência da base que nos sustentou na realização desse trabalho. A eles acrescenta-se ainda a consideração de que todos os resultados e análises feitas foram, todo o tempo, contextualizadas a questões referentes ao ensino médico em geral. Evitamos, assim, impor mais uma fragmentação ao olhar existente sobre essa temática. Seguem abaixo, portanto, os detalhes da execução da presente pesquisa, que se deu entre outubro de 2018 e março de 2019.

4.2 Pesquisa e Análise Documental

De início, procedemos à busca de documentos públicos de ordem pedagógica emitidos pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra que tratassem dos critérios a serem utilizados na construção curricular e dos objetivos a serem alcançados na formação discente. Buscamos, com isso, encontrar indícios que nos sinalizassem como o tema pesquisado é contemplado na graduação. Utilizamos como fonte primária o *site* da Instituição. Em seguida, foi avaliado o Plano de Estudos dos seis anos do Mestrado Integrado em Medicina e o conteúdo programático de cada componente curricular disponibilizado, fosse ele obrigatório ou opcional. Também esse material foi encontrado na página eletrônica da FMUC.

Ao início, o conteúdo desses documentos foi lido essencialmente quanto à presença ou não da abordagem da dimensão da saúde dos imigrantes. Caso fosse detectada a presença do tema, os dados eram avaliados quanto à sua forma de inserção curricular, o embasamento pedagógico e as ferramentas utilizadas pela abordagem e a sustentação teórico-conceitual empregada. Na ausência dessa temática, procedia-se à verificação e análise de possibilidades de contribuições indiretas, feitas não intencionalmente ao se tratar de outros tópicos.

Nesse sentido, para aumentar a sensibilidade dos resultados, contactamos via *email* os Professores Coordenadores de todas as componentes curriculares mencionadas no Plano de Estudos do MIM. A estes interlocutores foi feito o seguinte questionamento:

A unidade curricular da qual o Sr.(a) é o(a) docente coordenador(a) aborda, direta (tratando especificamente sobre o tema) ou indiretamente (tratando de tópicos possivelmente interligados ao tema), a questão "imigração e saúde"? Se sim, descreva como isso é feito (por favor, explicita se é feito de maneira direta ou indireta e as ferramentas pedagógicas e bases conceituais utilizadas).

O *email* com o questionamento foi enviado por 3 vezes, separadas por um período de 7 a 10 dias, para todos os professores. As respostas obtidas foram adicionadas ao conteúdo anteriormente delimitado.

4.3 Investigação Qualitativa com os Discentes

Realizada a pesquisa documental, procedemos à investigação da perspectiva dos estudantes que estavam cursando o último ano do Mestrado Integrado em Medicina sobre o tema da saúde dos imigrantes e a abordagem dessa questão durante a graduação e sobre sua preparação para lidar clinicamente com essa população. É conhecida, no âmbito pedagógico, a diferença existente entre as propostas curriculares formais, sua aplicação no espaço de ensino e como são compreendidas e

vivenciadas pelos alunos (Peres, Andrade & Garcia, 2007). Assim, com o intuito de captar essas nuances, julgamos ser de relevante valor a existência dessa vertente qualitativa no estudo.

Participaram da pesquisa oito estudantes escolhidos através do procedimento de amostragem *bola de neve*. Todos eles concordaram voluntariamente em participar do estudo e com os termos expostos no formulário “Consentimento Informado”. A confidencialidade foi a eles garantida por nós. Nossa amostra, apesar de não representativa do universo dos estudantes médicos do último ano da graduação da FMUC, foi adequada ao nosso propósito de realizar um estudo exploratório, mas em profundidade, sobre o tema.

Procedeu-se à realização de entrevistas abertas semiestruturadas presenciais (a maioria) ou via ligação *Whatsapp* a depender da disponibilidade do discente e da pesquisadora. Sua duração variou de trinta a oitenta minutos, todas foram gravadas e, posteriormente transcritas. Três principais domínios foram destacados: percepção sobre o tema saúde e imigração na escola médica; abordagem desse tópico durante a graduação; percepção sobre a própria preparação para realizar a assistência a pacientes imigrantes. Assim, foram incluídas perguntas como: o que você pensa sobre o tema da saúde do imigrante; qual é o papel do médico nessa problemática; quais os maiores desafios que os profissionais de saúde encontram ao prover cuidado a essa população; como sua graduação aborda essa temática; teve contato, durante a graduação, com pacientes imigrantes; sente-se preparado(a) para atender essa população; qual é o maior desafio e o melhor recurso que você tem para acolher um paciente imigrante. Foi, contudo, garantido o desejável espaço para o surgimento e discussão de questões não previstas.

O conteúdo das transcrições foi lido e analisado segundo a metodologia orientada por Bardin, em seu livro *Análise de Conteúdo* (2010). Para a autora:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2010, p.44).

Assim, no que diz respeito ao domínio referente à presença da abordagem do tema na escola médica, os discursos dos estudantes foram agregados aos resultados da investigação documental, seus resultados descritos e, posteriormente pensados e contextualizados segundo aspectos mais amplos dessa temática e do ensino médico em geral. Em relação aos demais domínios das entrevistas, foram levadas em consideração principalmente as condições de produção (ou determinação) dos discursos e sua repercussão sobre as formas de pensar e atuar dos discentes na assistência aos imigrantes. Procedemos, portanto, de acordo com as recomendações de Bardin (2010, p.43):

A tentativa no analista é dupla: compreender o sentido da comunicação, mas também e principalmente desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista

através ou ao lado da mensagem primeira. A leitura efetuada pelo analista não é unicamente uma leitura à letra, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano.

Os conteúdos delimitados foram agrupados e analisados não só no que diz respeito à frequência em que foram trazidos à tona, mas também quanto à relevância do que tratavam. Ou seja, apesar de considerar o quão frequentemente eram evocados, levou-se em conta também a particularidade do que era dito. O intuito foi de não fechar precocemente a discussão em aspectos quantitativos e ampliar ao máximo as possibilidades de reflexão, já que “o acontecimento, o acidente, a raridade possuem, por vezes, um sentido muito forte que não deve ser abafado” (Bardin, 2010, p.143).

4.4 Comissão de Ética

De acordo com a legislação em vigor, esse projeto foi submetido ao Conselho Científico da FMUC e à avaliação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sendo aprovado segundo o parecer CE-062/2018.

5 Resultados

Apresentamos agora os resultados do presente trabalho. Inicialmente estão expostos aqueles decorrentes da pesquisa em documentos oficiais do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra bem como a contribuição dos docentes sobre os tópicos abordados pelas disciplinas por eles proferidas. Em seguida, encontram-se os resultados das entrevistas realizadas com os discentes. Os dados foram, posteriormente, analisados, individualmente e em conjunto. As principais reflexões que emergiram a partir desse processo estão referidas na discussão.

5.1 Pesquisa Documental

A partir da busca no site institucional da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), foram encontrados, à primeira vista, dois documentos públicos com possível cunho pedagógico: o Estatuto da FMUC e o Regulamento Pedagógico da FMUC. O primeiro documento, entretanto, não dispõe sobre o foco de interesse da presente pesquisa. Trata essencialmente elementos administrativos e discorre sobre a “Natureza e Missão da FMUC” e a “Organização Interna da Faculdade”, com informações sobre a natureza jurídica e missão da faculdade e estruturas orgânicas, funcionais e órgãos consultivos.

Não foi encontrado também no Regulamento Pedagógico qualquer aproximação sobre o tema pesquisado e assuntos correlatos. Além de disposições gerais, este informa sobre a organização do curso, a avaliação de conhecimentos e da qualidade pedagógica e o código de conduta, não mencionando questões de ordem curricular da referida graduação. Dessa forma, prosseguimos, então, para a análise do Plano de Estudos e do conteúdo programático das unidades curriculares.

O Plano de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra está disponibilizado no *site* da Instituição e expõe as várias unidades curriculares, obrigatórias e opcionais, a serem frequentadas pelos discentes. Cada unidade, por sua vez, explicita os métodos de ensino utilizados, o programa seguido, a forma de avaliação adotada e os resultados de aprendizagem esperados. Estas foram individualmente analisadas quanto ao tema pesquisado.

O Plano de Estudos do MIM é composto de 57 unidades curriculares obrigatórias e 41 opcionais, distribuídas pelos 6 anos de duração da graduação. Não foi encontrada uma unidade curricular, obrigatória ou opcional, destinada exclusivamente à abordagem da saúde dos imigrantes. Esse tema também não foi mencionado pelos programas apresentados pelas várias disciplinas, o que leva a supor que não é diretamente tratado ou incluso nas discussões pertinentes a cada uma delas.

Considerando que a saúde dos imigrantes não foi especialmente levantada pelo conteúdo programático de nenhuma das unidades curriculares, prosseguiu-se, então, a uma avaliação do Plano de Estudos e de seu conteúdo quanto à existência e à abordagem de áreas ou tópicos indiretamente relevantes a essa temática. Para tanto, baseamo-nos, como já mencionado, nas principais problemáticas e recomendações trazidas por organizações nacionais e internacionais e pesquisas científicas relevantes apresentadas na revisão bibliográfica e sintetizadas na tabela 1 (em anexo).

Todas as grandes áreas clínicas consideradas de atuação prioritária na promoção da saúde do imigrante por essas organizações estão presentes no Plano de Estudos do MIM. Esse resultado era, obviamente, esperado, já que diz respeito às mesmas grandes áreas que contemplam a saúde da população em geral⁵. Assim, questões referentes à saúde da criança, da mulher, à saúde mental e ocupacional e à atenção às doenças transmissíveis, relevadas pelos protocolos existentes sobre atenção à saúde do imigrante, poderiam ser, na graduação pesquisada, abrangidas pelas seguintes disciplinas oferecidas pelo Plano de Estudos: medicina geral e familiar; pediatria; ginecologia e obstetrícia; neurociências e saúde mental; doenças infecciosas.

No campo das ciências sociais e comportamentais, algumas unidades curriculares revelaram-se essenciais para a abordagem dos tópicos mencionados pelos protocolos e pesquisas revisados. No que diz respeito à relação médico-paciente, às competências interpessoais, à atenção centrada na pessoa e às concepções do processo saúde-doença, mostraram-se relevantes as disciplinas: Introdução à Prática Médica; Métodos de Investigação e Saúde das Populações; Psicologia Médica; Medicina Geral e Familiar; e a componente opcional Introdução à Medicina Social e Saúde Global. Essa unidade também traz contribuições no que diz respeito à saúde pública juntamente com as disciplinas Métodos de Investigação e Saúde das Populações e Medicina Geral e Familiar. As componentes Ética Médica, Deontologia e Direito Médico e Medicina Legal, Forense e Direito Médico, apesar de não abordarem o tema, seriam as disciplinas onde o conhecimento legislativo sobre a prestação de assistência em saúde aos imigrantes encontraria o espaço ideal. Outros importantes tópicos como a diversidade cultural, linguística, religiosa e étnica e racismo, xenofobia, preconceito e discriminação obtiveram pouco espaço de discussão e não apareceram de forma significativa nas propostas das unidades curriculares.

Assim, de maneira geral e tendo como base os elementos delimitados na tabela 1, foi observada a existência de alguns espaços na conformação curricular onde se poderia tratar diretamente das questões vinculadas à saúde dos imigrantes. Outras componentes chegam, inclusive, a trazer tópicos relevantes à dinâmica. A população imigrante, entretanto, não penetra nesses espaços, não é evocada, passando silenciosa pelas propostas reflexivas dessas disciplinas.

⁵ É importante ressaltar que estamos nos referindo aqui apenas à existência dessas áreas clínicas no ensino médico, ou seja, espaços curriculares que podem ser utilizados para tratar de temáticas relevantes à assistência à saúde da população imigrante. Não fazemos menção sobre como esse conteúdo desse ser abordado ou sobre os pilares que devem embasar essa abordagem. Estes sim podem ser bem diversos da perspectiva existente, utilizada para abordar a população autóctone.

Para evitar conclusões equivocadas e numa tentativa de obter mais detalhes sobre o Plano de Estudos e seus componentes e a confirmação, ou não, de nossas primeiras constatações, foi enviado um *email* aos professores coordenadores das unidades curriculares com o já mencionado questionamento:

A unidade curricular da qual o Sr.(a) é o(a) docente coordenador(a) aborda, direta (tratando especificamente sobre o tema) ou indiretamente (tratando de tópicos possivelmente interligados ao tema), a questão "imigração e saúde"? Se sim, descreva como isso é feito (por favor, explicitar se é feito de maneira direta ou indireta e as ferramentas pedagógicas e bases conceituais utilizadas).

O *email* foi enviado para 59 professores coordenadores. Não obtivemos acesso ao endereço eletrônico de 9 docentes, apesar da busca exaustiva. Recebemos resposta de 15 professores, o que diz respeito a 21 unidades curriculares (das 98 disponibilizadas). Tivemos, assim, uma taxa de resposta dos docentes de 25,4%, o que corresponde a 21,4% das unidades curriculares.

Como observado previamente na análise do Plano de Estudos, nenhum dos professores respondentes referiu tratar diretamente ou de forma individualizada a temática da imigração nas disciplinas que administram. Dois dos quinze docentes respondentes, no entanto, referiram tratar do tema de forma indireta, através da abordagem de tópicos que eles julgavam relacionados e pertinentes. É o caso da unidade curricular "Doenças Infecciosas", cujo professor responsável afirmou incluir como conteúdo lecionado as doenças dos viajantes e algumas doenças infecciosas de importação. O outro respondente, coordenador das disciplinas "Métodos de Investigação/Saúde das Populações IV" e "Medicina Geral e Familiar", mencionou uma série de temas que referiu serem correlatos à questão da saúde do imigrante ao falar de Medicina Preventiva: vacinas e importação de doenças; a diferente visão sobre a experiência de doença; o acesso aos cuidados de saúde; custo da saúde e da doença. Os demais docentes (13) responderam negativamente ao nosso questionamento.

Como exposto, as disciplinas cujos professores referiram tratar de temas indiretamente relevantes à saúde do imigrante foram congruentemente delimitadas como pontos de encontro entre o que é preconizado oficialmente pela literatura científica na assistência aos imigrantes e o Plano de Estudos do MIM. Entre os que responderam negativamente, estão os representantes das disciplinas de Ética, Deontologia e Exercício Profissional e Psicologia Médica, citadas anteriormente como espaços onde eram evocadas importantes questões vinculadas à saúde dessas populações. Infelizmente não obtivemos resposta dos professores coordenadores das demais componentes que se revelaram essenciais à abordagem de problemáticas correlatas a essa temática.

5.2 Entrevistas com os Discentes

Numa outra etapa do projeto de investigação, discentes do último semestre do Mestrado Integrado em Medicina foram entrevistados quanto à sua percepção sobre a temática da saúde dos

imigrantes, à abordagem dessa questão durante a formação acadêmica e a seu preparo para lidar com essa população na prática clínica. Todos estudantes eram portugueses e filhos de portugueses. A faixa etária estava na casa da terceira década de vida. Apenas um deles havia sido imigrante por alguns anos, inclusive, atuando profissionalmente no exterior. A totalidade dos demais estudantes havia experimentado curtas estadias, em países europeus ou não, em âmbito de mobilidade estudantil.

Estão expostas a seguir significativas contribuições dos alunos. Para não permitir o reconhecimento de suas identidades, são identificados apenas por “A número” (A1, A2, A3...). Os resultados foram agrupados segundo as temáticas mencionadas anteriormente (previamente delimitadas pela semi-estruturação das entrevistas) e, em seguida, de acordo com relevantes subtópicos emergidos a partir do conteúdo relatado.

5.2.1 Abordagem na Escola Médica

os médicos estão mal preparados, por exemplo, eu falo por mim, que estou a acabar o sexto ano e, nunca na minha formação, eu recebi orientação (...) a faculdade ainda não visa isso (A3)

Ao referir-se à abordagem direta e específica do tema da saúde do imigrante, todos os estudantes entrevistados mencionaram que o assunto é pouco ou nada abordado durante sua graduação médica.

.ahmmm, ao longo do curso todo, nós não tivemos nenhuma parte exclusivamente dedicada a saúde ligada a imigração, nem todos esses problemas, nem todas essas particularidades. (A1)

... é um tema com que nunca tive muito contacto, acho que nunca pensei muito sobre o assunto... efetivamente, na faculdade acho que é um assunto pouco abordado. (A4)

... porque com a faculdade, realmente, não acho que seja um tema demasiado... é um tema nada falado (...) eu, estando no 6º ano, não tive essa abordagem. (A5)

confesso que não... pronto, nós temos também aquelas cadeiras mais gerais, mesmo de saúde pública, mas não é assim nada que falemos e que abordemos especificamente esse tema. (A6)

eu gostava de lhe dizer que efetivamente nós falávamos, mas não há mesmo... um vazio, é mesmo um vazio (...) nunca se explorou isso, nunca se exploraram particularidades de certos grupos... tanto a nível científico, como em nível cultural e da adaptação à pessoa. (A7)

Honestamente assim, pelo menos no currículo médico, nosso currículo da faculdade, não é uma coisa que falamos. (A8)

Esse resultado é congruente com a análise realizada do Plano de Estudos do MIM mencionada anteriormente, onde não foi encontrada referência direta ao tema. Está também de acordo com o retorno obtido dos docentes que participaram do inquérito realizado, em que nenhum deles afirmou tratar especificamente da questão.

Na ausência dessa temática no currículo formal da Faculdade, alguns alunos atribuíram a seus esforços individuais a busca de algum conhecimento na área. Merecem destaque as iniciativas realizadas pelos próprios estudantes no âmbito dos núcleos e associações de alunos (locais e internacionais) e seu papel em “suprir faltas” e ampliar a abrangência do ensino médico, numa tentativa de contemplar demandas sócio-sanitárias contemporâneas.

ahmm... pelo menos cá em Coimbra, o que tem vindo a ser feito, penso que não é muito, porque parte muito da vontade do aluno. (A1)

... se calhar, é um bocado do nosso desenrasque (...) não acho que a faculdade tenha proporcionado algo em específico. Acho que se a calhar usaria mais um bocadinho de meus conhecimentos gerais... (A7)

... as informações que nós vamos tendo, normalmente, não são da própria faculdade (...) e acho que há a nível nacional... os núcleos de estudantes e as associações têm mais atenção... são as que, muitas vezes, acabam por organizar formações ou palestras ou cursos um bocadinho mais fora da área e pra complementar a formação curricular... (A4)

é mais fácil pra mim porque também, ao longo de minha carreira acadêmica, eu fiz parte da associação, de nosso núcleo. (A6)

acho que as experiências internacionais que tive com muitas culturas e várias nacionalidades ajude imenso. (A8)

Apesar de negarem a existência de uma abordagem direta do tema da saúde dos imigrantes durante a graduação, os estudantes entrevistados mencionaram, entretanto, algumas disciplinas presentes ao longo do percurso formativo que julgaram estar indiretamente relacionadas à temática pesquisada ou que traziam contribuições possivelmente importantes. Entre todas as unidades curriculares presentes no Plano de Estudos, aquela mais constantemente mencionada pelos estudantes foi a Infecçiologya. Como visto anteriormente, também o docente responsável por essa área respondeu ao inquérito mencionando seus contributos para o estudo do tema da imigração. Essa disciplina foi lembrada pelos discentes por prover conhecimento sobre as doenças infectocontagiosas e zoonoses, sua epidemiologia e a possibilidade de importação para Portugal de patologias não endêmicas no território a partir dos movimentos migratórios.

talvez a cadeira na faculdade em que nos falam mais sobre isto é a infecciologia, porque é a cadeira, lá está, em que nós damos um bocadinho as doenças das outras... do mundo. (A4)

... o que falamos mais foi na infecciologia, na infecciologia falamos muito (...) não só daquelas doenças mais típicas dos países subdesenvolvidos, mas também, sei lá, na patologia do vírus zika. (A7)

... a infecciologia também vamos assim aprendendo alguma coisa. (A1)

nós falamos muito das doenças infecciosas, das zoonoses, da... por exemplo, na altura falamos muito quando tivemos essa cadeira das doenças infecciosas, da dengue, da malária... pronto, de coisas que podem ser mais importáveis. (A5)

... talvez mais na parte das doenças infecciosas. (A8)

Entretanto, apesar de fornecer um conhecimento importante, os estudantes reforçaram que a saúde dos imigrantes não era diretamente tratada nesse contexto. Referiram que sua abordagem é mais voltada à doença e a seus “aspectos mais científicos” e que deixa de lado a contemplação do “doente como um todo”. Também o foco centrado no perigo de importação de doenças infectocontagiosas para o território português e “não na imigração em si” dificultava a transposição dos conhecimentos adquiridos para o cuidado real desses doentes e o olhar para toda sua complexidade.

a infecciologia também acaba por falar, mas também fala mais sobre... pronto, das questões científicas e é um bocadinho mais sobre isso (A7)

a infecciologia... também vamos assim aprendendo alguma coisa, mas é muito focado (...) na patologia concreta. Abordagem do doente como um todo, em seu contexto, isso penso que não temos... (A1)

foi falado muito, por exemplo, direcionada não aos países em si, mas direcionada, por exemplo, ao microorganismo... em infecciologia... falava-se de uma doença (A3)

nós somos ensinados a pensar em determinadas patologias consoante a naturalidade de uma pessoa (...) mas a pessoa em si, acho que não recebemos formação específica para esse tal desafio (...) É não individualizado... (A2)

... (na infecciologia) é sempre mais no sentido do português que vai e volta e não tanto adaptado à parte dos imigrantes (...) nunca foi dada pensando na imigração em si. Nesse aspecto, acho que há uma lacuna bastante forte. (A5)

Algumas unidades curriculares do ciclo pré-clínico foram lembradas pelos estudantes, especificamente, Psicologia Médica, Ética e Sociologia. Esta, entretanto, apesar de citada, não faz mais

parte do currículo do MIM. O docente responsável pela unidade curricular de Psicologia Médica respondeu negativamente à pergunta realizada aos professores sobre a abordagem, na disciplina, de questões direta ou indiretamente relacionadas com o tema da imigração. O docente responsável pela disciplina Ética Médica também referiu não contribuir com a temática. Os estudantes, entretanto, evocaram essas unidades curriculares por tratarem de tópicos referidos pelos mesmos como relevantes, como: relação médico-doente, habilidades relacionais e comunicacionais do profissional de saúde e “dilemas” vinculados à religião e à cultura na assistência.

se calhar, na psicologia médica somos alertados para algumas dessas particularidades... ao paradigma biopsicossocial, a alguma atenção aos diferentes modos de se pensar e de se adaptar à pessoa. (A7)

... (a psicologia médica) sempre tem aquela base que o médico deve tratar todos os doentes por igual, sem discriminação, que acaba por generalizar dessa forma... mas, da imigração não se fala em especial. (A4)

nós falamos, às vezes, mesmo até em questões de ética, porque temos que nos adaptar às crenças das pessoas, é... e, o desafio que isso é perante o nosso dever médico. (A2)

em ética, lembro de falarmos de alguns entraves culturais que se tem que ter em atenção e... religião... ahmmm... por exemplo, essa questão das testemunhas de jeová... outras etnias... (A4)

Ao mesmo tempo em que essas disciplinas eram vistas como espaços onde se tratava de pilares fundamentais à conduta do futuro profissional, foi mencionado também que a elas é conferida certa “desimportância”. Parece que a essas Unidades Curriculares é atribuído, dentro do próprio ensino médico e, por consequência, pelos estudantes, de alguma maneira, um lugar secundário na formação discente.

... é uma questão até bastante abordada no curso. É uma questão difícil de ser avaliada, e, por isso, eu acredito que, por mais tentativas que haja dos professores em incentivar esse tipo de comportamento, haja muitos colegas que não percebem bem o que pode ser feito. (A1)

nós temos ética no 3º ano, ou seja, ao meio, mas, sinceramente... pronto, é uma daquelas cadeiras que a pessoa não fixa muito. (A6)

... e depois é um cadinho assim... essas cadeiras, no fundo, coitadas, são sempre aquelas que: ok, dá-se só uma olhadela. (A8)

Ao falar da temática trabalhada por essas disciplinas, foi possível notar a recorrência de alguns tópicos nas falas dos estudantes. Observamos que estes usualmente referiam que essas disciplinas (e, de maneira mais esporádica, também outras ao longo da formação) os “alertavam” para a “presença de

algumas particularidades”, para a existência de “entraves culturais e religiosos” na abordagem de populações consideradas “não habituais”. Da mesma maneira, ao considerar essa situação, recebiam a orientação de que era preciso “se adaptar ao paciente” e que, “deixando de lado essas particularidades”, deviam “tratar todos por igual”. Essas constatações e recomendações, mencionadas muitas vezes até com as mesmas palavras, apareceram de forma constante nos discursos, como poderá ser observado ainda em outros momentos, e nos chamou a atenção. Por essa razão, a nosso ver, são representativas de princípios abordados e sustentados durante a formação. Os trechos abaixo exemplificam:

acho que a faculdade nos ensina bem a questão da igualdade de gênero, de igualdade de raça, de etnia, de religião, que o médico tem que se abstrair disso... como falar... pronto que o médico não pode ligar a isso... o médico tem que tratar todos por igual... o médico tem a obrigação de tratar todos por igual. (A4)

nós vamos falando sempre ao longo do curso que nunca devemos julgar as pessoas ou quando estamos a lidar com elas e até numa entrevista e até no contexto... esquecer os antecedentes das pessoas, ou até... tratar toda gente por igual, não é... (A2)

Outras interessantes considerações foram tecidas pelos próprios discentes, mas em relação à forma como as disciplinas mencionadas tratavam os tópicos de que se ocupavam. Elas remetem-se a questões do ensino médico de maneira geral, ainda que, nesse caso, tenham sido evocadas frente ao tema do encontro com pacientes imigrantes. Os questionamentos foram essencialmente relacionados à percepção da carência de aplicação prática de alguns princípios, referentes ao paradigma biopsicossocial e à medicina centrada na pessoa, teoricamente levantados durante o curso. Assim, apesar de os perceberem como importantes, os discentes demonstraram uma insatisfação, uma sensação de que aquilo não necessariamente tem o alcance almejado e de que não é transposto para a prática.

... nós falamos muito agora da medicina centrada na pessoa (...) ao invés da antiga medicina baseada na evidência, só no conhecimento científico. E eu acho que esse conceito nos é transmitido muito bem e ninguém sai da faculdade sem conseguir pensar bastante no assunto. Mas depois, nós não vemos propriamente como é que isso se desenrola ou, quando vemos, é muito esporadicamente. (A6)

... se fala muito da medicina biopsicossocial e depois também, se calhar, na prática, ou seja, na escola médica, não exploramos tanto essa parte. (A7)

É abordada muitas vezes, a forma como se fala... tivemos psicologia, o que era a relação, o que era a comunicação... mas eu acho que, em muita gente, entra por um ouvido e sai pelo outro e ninguém identifica as pessoas que têm dificuldade na relação, comunicação e interação. (A8)

A disciplina de Medicina Geral e Familiar / Medicina Interna, já do ciclo clínico, mas com forte enfoque em questões interpessoais e sociais, apareceu como um outro lugar onde questões vinculadas à relação entre médico e doente eram consideradas. Como mencionado anteriormente, o docente coordenador desta unidade curricular referiu que essa disciplina poderia contribuir indiretamente na abordagem da saúde dos imigrantes ao trazer à discussão questões como: “vacinas e importação de doenças; a diferente visão sobre a experiência de doença; o acesso aos cuidados de saúde; custo da saúde e da doença”. Pelos alunos, essa unidade curricular foi lembrada por tratar de questões relacionais e por trabalhar os princípios do paradigma biopsicossocial e da medicina centrada na pessoa. Foi, entretanto, por ser o lugar de presencial encontro, na preparação prática do estudante, com pacientes imigrantes que ganhou destaque nos discursos, como será exposto mais adiante.

... agora, na medicina interna, também eu noto que é um aspecto que nós temos... que eles reforçam sempre de adequarmo-nos aos hábitos da pessoa em questão. (A7)

... essa parte da empatia nós falamos muito na medicina geral e familiar, vamos falando em ética e... têm várias cadeiras que falamos disso... (A2)

No que diz respeito ao contato com pacientes não portugueses, a maioria dos entrevistados referiu ter havido pouco durante a formação. A infecciologia foi também, para alguns alunos, um importante lugar de contato com pessoas de outras nacionalidades.

eu por acaso só tive contato com um senhor... (A1)

ahh... sim, acho que já vi, mas no internamento, acho que sim... Tou-me agora a lembrar de uma ou duas que estavam... sim, acho que sim. (A2)

... tive experiência disto no estágio outro dia, em que a colega estava com os dois doentes de nacionalidade inglesa. (A7)

no meu curso inteiro, acho que encontrei, paí... dois doentes em que tive que fazer uma história clínica em inglês, por exemplo. O resto foi tudo em português. Um ou dois... (A4)

... honestamente, não tivemos nenhum doente de fora em todas as práticas que eu tive. (A8)

já recebemos, já tive com vários pacientes de vários países... muito no serviço da infecciologia. Contactávamos com... com angolanos, cabo verdianos, moçambicanos, a maioria... mas, claro, ingleses. (A3)

Foi, entretanto, durante o estágio realizado no último ano do curso pela disciplina Medicina Geral e Familiar que dois estudantes referiram ter havido um maior e mais próximo contato com essa população. Esse estágio proporcionou uma prática e interessante experiência no âmbito do atendimento dos imigrantes em atenção primária.

tudo... toda a experiência que estou a ter nesse momento tem a ver com esse estágio específico que estou a fazer no terreno, ou seja, já na parte prática. (A5)

Na minha experiência pessoal, o contacto maior que eu tive, que eu achei muito importante foi este ano, quando eu tive um dos estágios, de medicina geral e familiar (...) nós tínhamos várias famílias imigrantes, todos eles muito variados... alguns que falavam português, outros que não, filhos de todas as idades, pessoas de mais idade... Foi muito interessante pra mim esse contacto, me alertou um bocadinho mais para um assunto que, se calhar, antes não... não tinha alertado. (A6)

Apesar dos entrevistados serem todos já discentes do último ano da formação, ou seja, no momento da entrevista estavam já cursando os estágios práticos, não foi possível saber se todos os alunos que referiram ter pouco contato com pacientes imigrantes já haviam passado pelo de Medicina Geral e Familiar, já que esse foi especificamente citado como local de encontro com essa população. Uma observação interessante a se fazer é que os estágios, frequentemente, não foram considerados pelos estudantes como algo vinculado à Faculdade. Como, nesse momento da formação, não eram tutelados por professores, mas por profissionais dos serviços onde eram alocados, os discentes os tratavam separadamente e não os consideravam diretamente como “currículo” da graduação, como algo que acontecesse sob tutela da Faculdade. Os profissionais desses serviços, entretanto, parecem ser fundamentais na trajetória formativa dos estudantes, contribuindo positiva ou negativamente:

eu tenho sorte (...) aquilo que estou a aprender e a ver é muito da experiência que eles têm (...) aquilo que eu tenho visto e que eu tenho aprendido tem sido muito da observação da maneira como eles fazem e que me parece uma maneira muito correta e muito digna de se levar... porque lá está, como nós não temos isso na universidade, não temos ninguém que nos oriente e nos diga qual a melhor forma de poder abordar uma pessoa imigrante. (A5)

por exemplo, a minha tutora de psiquiatria que tem essa empatia, tem esse cuidado com os doentes, o que é um ponto positivo... (A4)

... a própria médica diz que somos empecilhos (...) alguma coisa tem que ser reformulada. (A8)

Foram, claramente, os alunos que relataram ter mais contato clínico com a população imigrante, seja por experiência nos estágios ou por vivência pessoal, aqueles que teceram as considerações mais complexas sobre a temática. Trouxeram, assim, frequentes situações decorrentes do encontro clínico com o paciente imigrante que lhes permitiram experienciar possíveis conflitos e superar os desafios que se apresentavam, reforçando a importância dos aprendizados obtidos via prática.

por exemplo, é muito diferente fazer rastreios da parte ginecológica a uma mulher portuguesa de 20 anos a uma cidadã romena que tenha 50 ou 60... a abordagem é muito diferente (...)

depois, claro, da linguagem, do idioma... também, muitas vezes... alguns trazem tradutores, outros não trazem... (A5)

por acaso, essa semana tive uma senhora polaca... então, acabamos por fazer uma consulta com o google tradutor não foi muito fácil em termos de entendimento... (A5)

tivemos também uma outra família que veio do Bangladesh que só falava inglês e temos que andar... a tentar arranjar... pronto, pra conseguir se comunicar. Mas foi muito interessante. (A6)

... os doentes... nota-se, como também não estão no seu meio seguro, querem saber muito o que é que se vai fazer, onde é que podem ir, o que é que... porque não conhecem, fazem muitas perguntas... e a pessoa tem que, efetivamente, ir lhe explicando as coisas e é um bocadinho diferente do que com os doentes de cá, né, que já sabem o modo de funcionamento mais ou menos das coisas, né... (A7)

5.2.2 Percepção dos Estudantes sobre o Tema da Saúde dos Imigrantes

... eu diria que, realmente, é uma população cada vez mais existente, que tem que ser dar atenção. Não podemos claramente ignorar que ela existe e que tem características muito diferentes da população portuguesa... portanto isso tem que ser tido em conta. (A5)

Aos discentes, foram ainda realizadas perguntas sobre suas próprias impressões relativas à temática da assistência à saúde aos pacientes imigrantes. Aqui se mostram relevantes também as experiências e interesses individuais. Entretanto, por serem obviamente indissociáveis da vivência de tudo que lhes é transmitido durante os seis anos de graduação, esses relatos se prestam também como um interessante reflexo do âmbito formativo. Assim, esse domínio foi incluído nas entrevistas, mesmo não sendo o conhecimento dos estudantes sobre o tema da saúde dos imigrantes um objetivo direto da presente pesquisa.

Quanto à percepção da magnitude do fenômeno, observou-se ser esta bastante variável e tanto mais assertiva quanto maior a experiência prática com essa população nos centros de assistência.

... eu não faço ideia se há muitos imigrantes em Portugal ou não, por exemplo... tenho noção que há muitos emigrantes portugueses, mas não tenho noção se há muitos imigrantes cá (...) eu não faço ideia... da quantidade de refugiados que estão em Portugal, se há algum... (A4)

Neste momento, pelo feedback que eu tenho tido das pessoas que lá estão há ainda mais tempo, tem tido bastante aumento de imigrantes nos últimos anos (...) que realmente que a população estrangeira tem aumentado bastante ali nos cuidados de saúde. (A5)

Uma das perguntas realizadas nesse domínio da entrevista aos estudantes foi: “o que inicialmente vem à mente quando se fala da saúde do imigrante?” Uma condição frequentemente evocada foi a questão das doenças infectocontagiosas e a possibilidade de introdução dessas em território português. Foram mencionadas também a diferença no perfil epidemiológico das populações em decorrência de seu lugar de origem e a necessidade de conhecimento dessa realidade por parte dos profissionais de saúde.

... a prevalência das diferentes doenças em diferentes países (...) até em termos de saúde pública, não é, porque se a pessoa vem de um país onde a prevalência é muito elevada de uma certa doença e que possa ser introduzida na... aqui no nosso meio. (A3)

tendo em conta o contexto em Portugal, vem-me principalmente a ideia das doenças infecciosas... as doenças passadas por zoonoses que nós não temos tanto cá... talvez esses dois grandes grupos (...) se calhar, pensaria também mais em termos de doenças relacionadas com a falta de, talvez... tanto de condições de vida, se pensarmos mais nessas imigrações recentes, nos refugiados... (A5)

não sei bem... se calhar, patologias e algum tipo de cuidados que se deveria ter em relação aos imigrantes (...) em termos também de doenças infecciosas... (A4)

O pensamento inicial dos discentes sobre essa temática frequentemente foi direcionado às “particularidades”, às “especificidades”, àquilo que diferenciava a população imigrante da população com que se estava acostumado a lidar, do “doente habitual” aprendido na escola médica. Isso pôde ser visto tanto em termos das patologias e da epidemiologia (como nos trechos acima) quanto no que diz respeito aos costumes, à religião, à cultura, à etnicidade, como continuam afirmando nos excertos a seguir. Sempre que lembradas, suscitavam o pensamento de que estas especificidades transformariam, de alguma forma, aquele encontro clínico, tornando-o particular. Nesse caso, o médico deveria manter-se “alerta” e precisaria “adaptar” sua conduta para contemplá-las, como já constatado e ressaltado anteriormente.

... se calhar, algumas condições socioculturais e etc... deveriam ser abordadas... em termos de raças e etnias porque isso também influencia bastante a maneira como o médico, por exemplo, deve abordar um doente (...) deve perceber o contexto... porque é que foi feita essa migração (...) terem atenção ao estado psicológico também em que essa pessoa está, como está a adaptação. (A4)

... um grupo mais específico de pessoas que, para além de poderem culturalmente ter algumas diferenças em relação a nós (...) também, às vezes, estão associadas a diferentes, até a diferentes doenças que são mais prevalentes em determinados países. (A2)

eu penso que é justamente isso... aquelas determinadas particularidades que acabam por alterar o mindset de um médico quando está perante um doente para determinada patologia ou outra. (A1)

eu acho que é importante enquanto médicos termos noção de que diferentes pessoas vêm de diferentes partes do mundo, têm diferentes culturas, têm diferentes doenças, que nós temos que estar alerta... (A6)

5.2.2.1 Principais desafios referidos pelos estudantes

Diferentes questões foram referidas como desafio na abordagem médica do paciente imigrante. Aqui foram novamente mencionadas as “particularidades” dessas populações e da assistência a elas prestada. As de ordem linguísticas e culturais foram unanimemente citadas pelos entrevistados, embora a estas fossem atribuídos diferentes impactos e consequências. Muitos alunos referiram não saber como proceder caso recebessem algum paciente com o qual não se pudesse comunicar através de uma língua comum. Alguns ainda se mostravam preocupados pelo desconhecimento sobre aspectos culturais e mencionavam a necessidade de uma preparação prévia para o atendimento dessas pessoas.

... uma barreira que pode surgir é a língua. (A6)

... espanhol até se consegue comunicar mais ou menos, mas, por exemplo, (o paciente) só fala russo... eu não faço ideia como é que uma pessoa que fala russo vem ao médico cá... eu não faço ideia... de certo, vai haver um entrave de língua porque não há muita gente a falar russo em Portugal. (A4)

uma barreira que pode existir que é a barreira linguística, que pode colocar bastantes entraves na comunicação e, pronto, e pode ser um problema. (A1)

... tudo que é europeu acaba por ser muito similar em termo cultural... não vai ser uma barreira para os médicos. Mas tudo que é asiático ou africano ou americano, já... já impõe algumas barreiras porque são estilos de vida muito diferentes. (A3)

As possíveis particularidades culturais portadas pelos pacientes imigrantes foram relacionadas como fatores que dificultariam ou impediriam a abordagem médica “habitual”, exigindo, assim, do profissional, o desenvolvimento de recursos e alternativas para lidar com a situação. A “adaptação do profissional às particularidades” do doente foi mais uma vez evocada.

... a barreira da língua... a questão da língua... ahmmm, e depois, se calhar, mesmo em termos da cultura da pessoa, de ter-nos que adaptar a abordagem. (A2)

... tanto a língua quanto a parte cultural também (...) porque as culturas são diferentes e podemos até fazer coisas que pra nossa cultura é aceitável, mas para a cultura dos outros não é e, portanto, convém ter um bocadinho essa sensibilidade e capacidade de adaptação. (A7)

devemos sempre ter cuidado com temas que são abordados da mesma forma em todas as partes do mundo, por exemplo, a sexualidade... (A6)

... a forma como se transmite as mensagens... porque não é a mesma coisa, exige muito mais de nós em termos criativos, em termos de comunicação, em termos de empatia até (...) já para não falar da língua que, assim, então... (A5)

Uma interessante constatação sobre o encontro em âmbito sanitário de dois sujeitos com pano de fundo cultural diverso pôde ser observada nos dois excertos que se seguem. Habitualmente pouco valorizada em âmbito formativo, clínico e em pesquisa, os trechos seguintes trazem a figura do médico como indivíduo passível de afetos e emoções, diferente da usual objetividade tão vinculada (e encorajada) à identidade profissional do médico. Nesses discursos, é considerado que o profissional “em primeira pessoa” pode achar difícil e desafiador para si acatar uma perspectiva diversa da sua, principalmente, quando as orientações dadas divergem da vontade do paciente. São ouvidas as próprias mobilizações diante desse encontro. É levantada ainda a possibilidade de que o profissional tenha, de fato, preconceitos, o que é descartado por alguns outros discursos.

inicialmente, o fator cultural pode dificultar muito as coisas. Tanto para um lado como para o outro, porque ter que entender o que as pessoas pensam... por exemplo, alguém que me diz que se recusa a fazer um exame ginecológico e pensar que a senhora pode ter assim algum problema... é um desafio muito grande. (A5)

... pode haver um choque cultural, tanto da parte do médico, como da parte do doente... pode haver alguma reticência por estar perante uma pessoa que não é nacional (...) uma pessoa, quer queira, quer não, tem sempre preconceitos. Você, enquanto indivíduo numa sociedade, tem sempre preconceitos a determinadas coisas. (A1)

Desafios de ordem administrativa e estrutural foram também levantados. Um deles é o desconhecimento, por parte dos estudantes e profissionais, da legislação referente ao direito de acesso à assistência sanitária dessa população, o que dificultaria a atuação caso essa circunstância fosse presenciada. A percepção dos discentes sobre o despreparo do serviço nacional de saúde em receber essa população foi citada. No que diz respeito à saúde pública, foram ainda lembradas as diferenças existentes entre as diversas rotinas, prioridades e condutas nos diversos sistemas de saúde. Nesse caso,

o desafio seria informar sobre e adequar o paciente imigrante às práticas preconizadas pelo sistema português.

não faço ideia como é que se processa a atribuição de médico de família... as pessoas que vão vir pra cá, ficam quanto tempo, se têm direito... não sei... (A4)

neste momento, o serviço nacional de saúde português... como Portugal nunca foi um país de recepção muito grande, nem muito aberto, não está preparado para as ondas migratórias que agora vêm a caminho de nosso país. (A3)

... a pessoa vem de um serviço nacional de saúde completamente diferente. (A5)

5.2.2.2 Percepções sobre uma assistência adequada

Os discentes também foram perguntados sobre quais, na opinião deles, seriam os pontos mais relevantes a serem contemplados na prestação de uma assistência sanitária satisfatória à população imigrante. As questões citadas foram majoritariamente relativas à postura e às atribuições que o médico deveria haver perante o acompanhamento, bem como à qualidade da relação estabelecida com o paciente.

Assim, a totalidade dos alunos mencionou novamente a importância da atenção às “particularidades”. Lembradas também como ponto mais marcante, desafiador e difícil da abordagem ao imigrante, ou, ainda, como “entraves” e “barreiras”, são trazidas agora como algo que deve ser especialmente considerado pelo médico na busca do provimento de um bom acompanhamento. Uma importante pontuação feita é que a “atenção às particularidades”, em alguns momentos, é citada não só como relevante à assistência a essa população em específico, mas como algo a ser contemplado no atendimento das pessoas de forma geral.

... a particularidade de cada pessoa, porque cada pessoa é diferente mesmo dentro da população portuguesa temos que nos adaptar a cada pessoa e isso é ainda mais particular se for uma pessoa de outro país. (A2)

é preciso não só ver como pessoas que vêm de determinado país, mas também procurar individualmente, pronto, estar sempre atento e conhecer cada pessoa. É o mesmo que nós temos que fazer com as pessoas de cá, só que é um bocadinho mais... são mais coisas em que podemos errar. (A6)

pronto, acho que é um bocadinho isso, lá está... tratar com alguma particularidade porque é uma situação particular em relação à geral. (A1)

Atender à existência e às exigências dessas particularidades requer, segundo a perspectiva de alguns discentes, mudanças nas “formas” habituais e a elaboração de um fazer diferente daquele aprendido para o tratamento do paciente “como o que se aprende na faculdade”. Ser aberto ao imprevisto e ao diferente foram características citadas como determinantes para o sucesso do encontro terapêutico nesse caso. Alguns entrevistados ressaltaram ainda o perigo de que o profissional se baseie em ideias pré-concebidas, que possam potencialmente estar vinculadas a possíveis estereótipos. Esses discursos estavam principalmente presentes entre estudantes que haviam experimentado maior contato com pacientes imigrantes na prática.

... sempre a mente aberta, esperando qualquer coisa porque estamos a lidar com uma pessoa que não pertence ao mesmo meio que nós e, portanto, as coisas podem ser bastante diferentes daquilo que estamos acostumados. (A5)

a parte mais importante é não fazer juízo de valor, não ir já com ideias pré-definidas porque isso afasta muito as pessoas e, infelizmente, é o que mais nos acontece (...) hoje em dia, toda gente vive apressada, toda gente tem pressa e as pessoas não perdem muito tempo a pensar que outras podem pensar de uma forma diferente. Acho que é isso muito importante. (A6)

ahmmm, é importante que o médico esteja atento a... que esteja com a mente liberta e não se foque logo numa coisa, por exemplo... (A1)

... tentar acima de tudo não julgar à partida (...) mas também não julgar quando que as coisas acabam a ser diferente do que esperávamos. (A6)

Dessa maneira, características como flexibilidade e criatividade foram mencionadas pelos estudantes que tiveram maior contato clínico com pacientes imigrantes como qualidades necessárias ao profissional para fazer frente à “imprevisibilidade” de um proceder “diverso ao que se está habituado”. A necessidade de haver “um pouco mais de paciência” e a noção de que, para transpor essas “barreiras”, era requerido “um pouco mais de trabalho” também foram trazidas:

implica, às vezes, até uma certa criatividade para... por exemplo, uma coisa que podia ser muito simples, se nos fosse permitido fazer as coisas da forma que estamos habituados, de repente exige fazer uma volta muito maior para chegar ao mesmo ponto. (A5)

... que é muito importante com imigrantes que eu senti quando estava a fazer meu estágio, que é... às vezes, é preciso ter mais flexibilidade. (A6)

... falta-me a palavra pra dizer o que se faz ali... improvisar. Improvisamos um bocadinho, desde que... sempre tendo a certeza que do outro lado a mensagem passa. (A5)

... porque dá trabalho (...) eu acho que quando as pessoas fazem um esforço... que essa comunicação é possível, tem que haver um esforço e um trabalho... eu acho que o importante é o trabalho, se as pessoas estiverem dispostas a fazer esse esforço de compreensão e de ajuda, acho que se consegue fazer. (A2)

... se calhar, ser um bocadinho mais paciente. (A5)

Ao lado da atenção às “particularidades”, o princípio de que era necessário “tratar o imigrante da mesma maneira como qualquer outra pessoa” como um fio determinante na atuação do profissional foi evocado novamente. Ponto relevante e recorrente nas falas, foi defendido pela maioria dos alunos como essencial no acolhimento satisfatório desses pacientes. Reitera-se, portanto, como um discurso vivamente presente no percurso formativo desses discentes.

eu acho que a conduta que o médico deve ter perante um doente, que seja um imigrante... para mim, deve ser igual a qualquer doente, seja ele português, seja francês, ou seja ucraniano. (A1)

... integrar a pessoa como se fosse qualquer outra. (A2)

acho que incluir a pessoa da mesma forma que incluiria um... alguém de Portugal... (A4)

pra nós já é óbvio... tem que tratar da mesma forma com que trata qualquer outro doente, não é... acho que isso é nos ensinado na faculdade cada vez mais. (A4)

Esse princípio, entretanto, mostra-se, em alguns momentos, não livre de conflitos e parece cair em contradição com a necessidade de se olhar as “especificidades” e o “contexto”:

tem que tratar o doente que está a sua frente como qualquer um (...) uma coisa que talvez falte é lidar com essas especificidades... (A4)

ter mais em atenção ao contexto, como estar a ser a adaptação... se a calhar, os médicos podem se esquecer porque lá está, porque acabam por tratar da mesma forma que outro. (A4)

primeiro, não tratar de forma diferente, não realçar a diferença, mas ao mesmo tempo tentar explicar sempre os passos todos para garantir que não fique nada por dizer. (A6)

Um outro ponto referido como importante para uma abordagem adequada foi a construção de uma boa relação entre médico e doente, mais especificamente, através da valorização e do trabalho sobre a empatia, listada como essencial. De maneira geral, a conceituação de empatia dada pelos estudantes foi “saber colocar-se no lugar do outro”. Falou-se dessa qualidade como algo necessário à atenção em saúde de forma geral, não especialmente direcionada para a população imigrante. A peculiaridade da assistência a essa população estaria no fato de que, com ela, essa qualidade parecia ser ainda mais necessária, porém, ao mesmo tempo, “mais trabalhosa” ou “mais difícil” de ser estabelecida.

... é a empatia, a compreensão... acho que ... a característica chave seria a empatia. (A2)

... tem que respeitar, tem que ter empatia, tem que valorizar os sintomas em qualquer situação, quer seja imigrante ou não. (A4)

o médico pra mim, independentemente da nacionalidade do doente... a pessoa tem que ser sempre o mais empático possível, mesmo que... não tem que ser imigrante... terem atenção que a pessoa do outro lado é mais frágil à partida do que um cidadão português... portanto, ter essa empatia, essa noção que a outra pessoa é mais frágil... (A5)

a empatia é colocar-nos no lugar dos outros... no caso dos imigrantes seria pensar que se estivéssemos num outro país, que houvesse alguma barreira que seja linguística, seja de... das pessoas não conhecerem bem o local onde estão inseridas, etc... como eu gostaria que me tratassem e como eu me estaria a sentir e como eu gostaria que me ajudassem ou que falassem comigo. (A2)

Algumas outras pontuações foram feitas pelos discentes, nesse caso de caráter mais técnico. Foram lembradas as questões de ordem epidemiológica e infectocontagiosa. A atenção ao estado psicológico do paciente e à atuação de certos determinantes sociais já no país de acolhimento foi também mencionada, contemplando, assim, as demais esferas pregadas pelo paradigma biopsicossocial, segundo os estudantes, sustentado como base de atuação durante o percurso formativo. Foram lembradas também a importância da integração dos pacientes imigrantes no centro de saúde de referência, local representativo das rotinas preconizadas pelo serviço nacional de saúde. Nesse sentido, foi sugerida a realização de uma consulta inicial de acolhimento específica para os imigrantes.

é inicialmente prioritário sabermos de onde é que vem pra conseguirmos perceber tanto a parte médica, que doenças é que são mais ou menos prevalentes naquela zona, em termos de doenças contagiosas ou de outros tipos de patologias que sejam mais frequentes (...) nos casos, por exemplo, dos refugiados também termos atenção a algumas particularidades em termos de saúde que eles possam apresentar, o estado de nutrição, feridas, etc... termos atenção a essas coisas, ou seja, o país, os hábitos, o contexto de imigração. (A7)

se calhar, ter um cuidado em todo o contexto biopsicossocial do doente é importante... Um doente que esteja nessa situação de imigração, é importante também perceber como estar a ser o acolhimento dele no país, em que tipo de condições ele estar a habitar... se tem trabalho, se não tem... Avaliar também ali um bocadinho a parte psicológica... também é importante. (A1)

importante que ajudemos a pessoa a adaptar-se ao país, explicar como é que as coisas podem funcionar, que tipo de ajuda da parte médica é que ela pode obter, qual é o segmento habitual

que se faz aqui, a quem ela pode recorrer se tiver alguma... algum problema de saúde, explicar o que nós podemos oferecer em termos de cuidados de saúde aqui. (A2)

eu penso que deveria existir cá também uma consulta do imigrante... que chega. Ou seja, aquele trabalho que se tem na primeira consulta de perguntar um pouquinho de vacinas e tudo isso, acho que uma pessoa se inscrevia no nosso serviço nacional de saúde, deveria ter uma consulta, entre aspas, geral, pra quando ela tivesse de recorrer aos serviços de saúde as coisas estarem muito mais... já mais à frente, eu diria. (A5)

Também as diferenças linguísticas e culturais foram evocadas através de uma perspectiva de ordem mais técnica. Para a questão linguística, a sugestão feita foi de que profissionais e serviços buscassem supri-la através da presença de um intérprete ou do aprendizado de outras línguas. Já em termos culturais, percepções diversas entre si foram trazidas. Uma delas recomendava a capacitação do médico nos aspectos culturais de diversos países. Outra, no entanto, propõe que o profissional aprenda com o próprio paciente, questionando-o sempre de maneira curiosa e aberta sempre que houver alguma dúvida.

... que num hospital deveria ter obrigatoriamente um intérprete... acho que é essencial... (A4)

talvez a começar é pela língua, não é... pronto, ou seja, as pessoas que trabalham naquele serviço, todas elas consigam dominar um bocadinho alguma língua estrangeira. (A7)

... e se for imigrante e nós não saibamos... acho que o médico não tem que estar inibido, nem tem que se sentir na obrigação de saber todas as particularidades da religião... e penso que, o estar a vontade de perguntar: ah, mas como é que isso funciona, como é que faz o jejum, de que horas até que horas, como é que isso funciona... (A1)

eu acho que o que acontece é que o médico tem que, mais ou menos, ir preparado para quais... tem que perceber que se vai entrevistar uma pessoa que vem da Rússia, se calhar, convém entender a cultura da Rússia, tentar entender o que pode acontecer ou se pode ter acontecido alguma coisa que seja natural lá, normal lá... cujas consequências possam ter sido arrastadas pra cá. (A3)

5.2.3 Percepções sobre o Próprio Preparo Profissional

é uma realidade que vamos começar a ter cada vez mais (...) penso que o estudante de medicina não tem noção de que se vão confrontar com essa realidade. (A1)

Aos discentes, foram feitas perguntas referentes à percepção que tinham de si próprio, como profissionais de saúde, perante à possibilidade de atendimento de pacientes imigrantes. Visávamos, assim, conhecer o que emergia quando o estudante se projetava como profissional a ser responsável pelo cuidado dessas pessoas. O sentimento de fundo é de confiança, de preparo? O que é percebido como desafiador nessa assistência? Quais as qualidades que podem ajudar a superar isso? Sobre a ideia do próprio preparo seguiram-se os relatos:

... acho que não me sentiria completamente... (A2)

imaginemos que um imigrante ou, lá está, os refugiados que estão em Penela (...) se aquele doente viesse à urgência.... eu, se calhar, eu deveria ter uma abordagem diferente ou perceber alguma das mil coisas que ele pode ter... e não sei, não estou alertada pra isso... (A7)

eu acho que preparado nunca ninguém se sente porque pensa logo que vai aqui haver muitas barreiras, é... A pessoa fica sempre: isso pode não ocorrer tão bem como seria desejável (...) se chegar um doente que não fala sequer a nossa língua, penso que a maior parte de nós não sabe o que fazer. (A1)

... depende da língua (risos). Eu sinto-me igualmente preparada para atender uma pessoa de Portugal como uma pessoa que fala espanhol, uma pessoa que fala inglês, conseguiria facilmente... em termos culturais, acho que vou aprender com a clínica porque não tive muito contacto. (A4)

Como se pode observar nos excertos, nenhum dos estudantes entrevistados se considera completamente preparado e confiante para assistir a população imigrante. Muitas ressalvas são feitas e dizem respeito ao que, segundo eles, faz essa população ser diferente da população “habitual”, do que se está acostumado a olhar como “modelo de paciente” nas aulas. Isso é congruente com o que foi apresentado mais acima sobre os desafios que permeiam a assistência desses pacientes.

Alguns estudantes atribuíram a falta de preparo ao desconhecimento das circunstâncias que seriam mais prevalentes entre imigrantes e de como lidar com elas, tanto em termos de patologia como dos determinantes psicossociais atuantes. O “não saber previamente o que esperar”, associado, obviamente, ao não saber lidar com esse inesperado, foi algo crucial no julgamento sobre o próprio preparo. Novamente, os aspectos culturais e linguísticos foram evocados e figuraram também como o grande desafio ao vislumbrar a si próprio em uma circunstância em que devesse acolher alguém imigrante.

por exemplo, se eu for atender um paciente da China, com uma doença da China, se calhar, fico um bocadinho preocupadinha porque eu não sei de nada... é o medo de não saber dar

resposta aquela pessoa... o medo de não saber o que pode... é mesmo não conhecimento do background das origens... isso é que, que me assustaria mais. (A3)

caso apareça um doente do Japão, que não fala inglês o que é que eu faço? Eu não faço ideia do que fazer... não faço ideia onde posso ir, aonde é que esse doente deve se dirigir, quem é que eu posso contactar para eu ajudar a ajudá-lo... o entrave da língua... (A4)

... talvez a comunicação... a língua, a barreira da língua, também poderia ser contornada, mas caso não houvesse uma língua em comum, essa poderia ser uma barreira importante. (A2)

há certos problemas que nós estamos muito atentos (...) mas, às vezes, há coisas mais pequeninas que eu tenho medo de não saber que possam fazer a diferença... mesmo como restrições alimentares, ou diferenças culturais ou religiosas que possam vir a ter um papel importante. (A6)

realmente, pra mim, a confiança na adaptação do conhecimento para uma pessoa diferente do que aquilo para mim seria o modelo de doente seria das maiores dificuldades e barreiras. (A5)

Dentre as qualidades pessoais relacionadas como importantes nesse encontro, nenhuma versou sobre a presença de capacidade ou habilidades de foro técnico. Foram consideradas, no entanto, competências de ordem relacional e comunicacional. A empatia, em específico, foi bastante lembrada, o que é congruente com o que foi visto anteriormente acerca dos tópicos considerados relevantes na formação médica. A capacidade de lidar com o diferente, de estar disponível e de perceber a pessoa para além da patologia também foram mencionadas.

acho que a comunicação e que também sou um bocadinho desenrascada e, portanto, não ia ficar a zero. (A7)

eu gosto muito de conhecer as pessoas com quem estou a falar. Nunca fui aquele tipo de pessoa que se imagina ser um médico que só cura a doença e não a pessoa. (A6)

talvez...realmente, ser mente aberta e ter muita empatia com o paciente, seja ele qual for. Acho que sou uma pessoa bastante empática e que, realmente, estou aberta a todas as possibilidades. (A5)

a empatia... acho que é uma das coisas que na faculdade nos falam... estão sempre a insistir... que o médico deve ser empático e acho que sim, acho que é uma característica que eu tenho. (A4)

acho que mais uma vez a empatia... (A2)

... sensibilidade humana (...) acho que tem que haver um tato e uma sensibilidade ainda maior do que aquela que o médico já deve ter no seu dia a dia. (A3)

É a simpatia, é minha disponibilidade pra fazer porque sei que vou gostar, é um bocado por aí... (A1)

5.2.4 Sugestões para a Abordagem do Tema na Escola Médica

que tem que ser arranjáveis, de todas as maneiras, formas e ferramentas que ajudem os profissionais de saúde numa melhor abordagem dos doentes... claramente porque há uma lacuna a nível dos serviços dessa formação de pessoas para atender imigrantes (...) eles só chegam realmente se esse serviço for minimamente preparado para receber. Portanto as pessoas têm que ser capacitadas. (A5)

Finalizaremos com a ideia que os estudantes fazem de uma abordagem ideal dessa temática na escola médica. Mais uma vez, observamos que essas sugestões dadas estão intimamente vinculadas com questões que esses discentes vivenciam em relação ao ensino médico em geral.

Muitos estudantes iniciaram sua interlocução colocando em cheque a necessidade de criação de uma disciplina que tratasse especificamente sobre a temática ou algo que falasse apenas teoricamente sobre a imigração. Essa postura era explicada por eles pela sobrecarga em termos de conteúdo que experienciam em contraste com a falta de experiências práticas presentes no currículo tradicional da formação médica. Observamos também a ideia de que a apresentação teórica dissociada da prática é algo visto como insuficiente e ineficaz em promover o aprendizado do fazer médico.

a minha questão é que não sei se a melhor abordagem seria uma forma teórica, ou seja, acrescentar mais uma cadeira ao currículo (...) eu acho que é importante também nós, de fato, contactarmos porque é isso que pode fazer a diferença e é o que provavelmente vai ficar mais para o nosso futuro. (A6)

eu não acho que seja necessária uma disciplina inteira sobre o assunto... acho que pode ser abordado em algumas cadeiras, se calhar, mais vezes abordado. (A4)

... mas a minha experiência é... nós na teórica somos muito... decoramos tudo e esquecemos tudo. E, às vezes, as aprendizagens práticas são as que ficam mais. (A6)

A sugestão mais frequentemente dada foi a de que os tópicos mais importantes fossem incorporados pelas disciplinas já existentes, que estas passassem a os incluir diretamente em seu conteúdo programático. Assim, da mesma forma que se faz menção a outras populações, que se propusesse contemplar também os imigrantes nos discursos das unidades curriculares presentes. Foram inclusos nessa proposta também os profissionais que recebem os estudantes nos estágios, mesmo que

vistos como “externos” à dinâmica universitária. É sinalizada, entretanto, a necessidade de que esses conteúdos sejam apresentados de forma integrada.

... medicina geral e familiar... acho que... acho que poderia até incidir mais sobre isso... ahmmm, a infecciologia, por questões de doença mesmo, até a sociologia... (A4)

... portanto seria importante termos uma parte científica, mas também uma parte que nos lembrasse da questão cultural porque há muita gente que, se calhar, não se lembra, e não quer saber. (A7)

é bastante necessário e espero que aconteça essa adaptação... essa nova população que está a emergir (...) para mim inserir de forma gradual em cada uma das cadeiras algo que a informação fosse mais prevalente sobre as populações imigrantes mais importantes em Portugal, acho que seria aplicável... não seria uma coisa muito difícil de fazer e seria claramente importante nesse momento. (A5)

... por formar os nossos médicos pra que eles, quando estão em estágio conosco e quando essas situações aparecem nos alertarem. (A6)

seria, se calhar, dedicar algum tempo a uma abordagem mais integradora e mais holística disso, e incorporar coisas que aprendemos em várias cadeiras, incorporar conhecimentos de propedêutica e psicologia e introdução a prática médica, relação médico doente, por exemplo... integrar conhecimentos de infecciologia, integrar conhecimentos de outras patologias... (A1)

É novamente ressaltada a importância de um olhar mais atento às particularidades e ao preparo do clínico para relacionar-se com elas. Repete-se também o confronto entre o que é apresentado como modelo durante a formação e as vicissitudes do encontro com pessoas representativas da diversidade populacional existente no país. Dessa forma, surge a sugestão de um ensino mais “heterogêneo” e, portanto, “mais próximo do real”. A aquisição de habilidades relacionais e comunicacionais foi outra vez evocada nessa circunstância.

se calhar, sermos mais alertados para essas particularidades. Nós não estamos programados para agir nessas situações que são tão particulares, não é (...) como ultrapassar essas barreiras e como nos adaptarmos porque, no fundo, são pessoas que não conhecem a nossa realidade... como podemos interagir de forma que realmente consigamos passar a informação que temos que passar. (A2)

se calhar, a faculdade nos deveria dar mais... ahmm... contexto cultural de outros países que nós cá não temos... lá está, o exemplo das testemunhas de jeová... mas, se calhar, mais exemplos desse gênero, mais coisas concretas para fazermos ideia. (A4)

... coisas como uma formação mais heterogênea. (A5)

partiria inicialmente pra uma questão de soft skills, de comunicação básica e depois, dentro dessa própria comunicação, especificaria para os fluxos migratórios, falar particularmente disso (...) portanto seria importante termos uma parte científica, mas também uma parte que nos lembrasse da questão cultural porque há muita gente que se calhar não se lembra, e não quer saber. (A7)

6 Discussão

Iniciaremos a discussão fazendo algumas considerações sobre o presente trabalho. Como em toda pesquisa exploratória, não era parte de nossas pretensões oferecer conclusões definitivas sobre a abordagem da saúde dos imigrantes na escola médica nem esgotar todas suas possíveis facetas. O objetivo era sim ter uma ideia geral sobre a questão e abrir as portas para a reflexão sobre um tema mundialmente já estabelecido como de grande importância em termos de saúde pública, mas ainda praticamente invisível dentro da formação desses futuros profissionais.

Assim, podemos dizer que os limites do desenho metodológico escolhido, por mais que não tenham oferecido a possibilidade de uma ideia total e definitiva sobre o tema, de modo algum interferiram no cumprimento de nossos objetivos. Ao contrário, o presente trabalho permitiu que importantes questões que, de outro modo, permaneceriam silenciosamente despercebidas, viessem à luz. O nosso desejo é que, a partir daqui, elas possam ser pensadas, e quiçá transformadas, por aqueles que são responsáveis e determinantes no ensino da medicina.

Nossa metodologia contou, como conteúdo para investigação e análise, com documentos institucionais e com a contribuição de professores e alunos. No que diz respeito à parte documental, o Plano de Estudos e o programa das unidades curriculares em particular foram facilmente acessados e encontram-se disponíveis no *site* da instituição. Não nos deparamos, entretanto, com outros documentos institucionais que versassem sobre os princípios que determinavam e sustentavam a elaboração do currículo ou que trouxessem os objetivos a serem cumpridos pelos graduandos em termos de conhecimento, habilidades e competências. Isso nos levou a pensar que a determinação desses pilares é descentralizada, já que esses dados eram sim apresentados, mas individualmente, pelo conteúdo programático de cada disciplina.

Diferente de outros países que apresentam diretrizes formativas nacionais a serem seguidas e implementadas pelas instituições de ensino, não encontramos, em nossa busca, documentos nacionais portugueses que expusessem os parâmetros citados acima: princípios guia fundamentais, conteúdo a ser contemplado pelas universidades e metas formativas a serem atingidas pelos discentes de medicina. De fato, o único documento que versa sobre as competências que o estudante médico deve ter tem mais de uma década e diz respeito apenas à formação pré-graduada (ANEM, 2015). Os demais materiais publicados e por nós observado se dedicavam a questões de ordem mais organizacional, estrutural e administrativa, como por exemplo o recente decreto-lei 13/2018, a lei do internato médico (Portaria nº79, 2018). Assim, utilizamos como guia sobre os principais pilares a serem seguidos pelas escolas médicas contemporaneamente publicações internacionais sobre o tema (General Medical Council, 2017; LCME, 2018; WFME, 2015a; WFME, 2015b). Como mencionado anteriormente, baseamo-nos também sobre recomendações nacionais e internacionais especificamente direcionadas ao tema da saúde dos

imigrantes (Governo de Portugal, 2015; WHO, 2017a; WHO, 2017b; WHO Europe Region, 2016; WHO Europe Region, 2014).

A etapa investigativa seguinte incluiu o questionamento aos professores quanto a presença do tema da saúde dos imigrantes ou, indiretamente, de questões correlatas, na unidade curricular que coordenava. A taxa de resposta foi de cerca de 25%. Apesar desta ser correspondente, segundo à literatura científica, à encontrada para inquéritos realizados via *email* (Marconi & Lakatos, 2005), esperávamos que fosse um pouco mais alta por se tratar de pesquisa com docentes, muitas vezes, eles próprios também envolvidos com a produção científica e, por isso, cientes da importância de sua contribuição em trabalhos como este. Compreendemos, entretanto, a sobrecarga da vida acadêmica, motivo ao qual atribuímos a não participação do estudo. A não resposta, porém, pode nos sinalizar uma outra questão: a falta de familiaridade e a não consideração dessa temática no conteúdo trabalhado nas disciplinas. Essa possibilidade foi, posteriormente, sinalizada também através das entrevistas com os discentes.

No que diz respeito a essa etapa, nossa amostra, apesar de vária, foi pequena e de forma alguma representativa de todo o universo dessa população. Como mencionado anteriormente, essa também não era nossa intenção nem a da metodologia por nós escolhida. Muito disponíveis e cientes da importância dessa temática contemporaneamente, os estudantes, entretanto, compartilharam experiências e percepções riquíssimas em possibilidades reflexivas, permitindo que nós cumpríssemos nosso objetivo.

Isso reforça nossa convicção de que todo estudo que vise investigar e refletir sobre questões que envolvem o ensino médico deve, necessariamente, reservar um espaço de protagonismo a seus principais atores: os estudantes. O contato com os discentes nos permitiu detectar “sutilezas” que marcavam profundamente seu processo de aprendizagem e que passariam completamente despercebidas apenas com a avaliação do Plano de Estudos e do conteúdo programático das disciplinas. Sem ouvi-los, não teríamos ideia do abismo que há entre certas propostas e as reais consequências que elas impõem. Isso foi tão evidente ao ponto de, em nossa pesquisa, aparecer claramente em conflitos gerados entre a difusão de princípios contraditórios e as reais demandas da assistência.

Um ponto a ser mencionado é que, em nossa análise, evitamos olhar para os discursos julgando o preparo dos participantes como suficiente ou não nem sua percepção como correta ou equivocada. Além de não ser possível proceder dessa maneira, visto que os discentes, de fato, não têm um preparo formal oferecido pela faculdade no que tange a saúde dos imigrantes, nossa intenção foi, sobretudo, observar nos relatos fios guia que trouxessem pistas da abordagem que tema pesquisado recebe atualmente na formação e de como esta se correlaciona com o ensino médico de forma geral.

Dessa forma, apresentaremos a seguir as principais reflexões suscitadas a partir dos resultados encontrados. Iniciaremos comentando sobre como a temática da imigração se insere no currículo médico, os espaços que atualmente ocupa e quais poderia, eventualmente, ocupar. Seguiremos nos

aprofundando na discussão sobre orientações e condutas gerais, mas que foram recorrentemente evocadas nas entrevistas como importantes na assistência aos imigrantes. Nos dois momentos, não deixaremos de contextualizar os achados aos diversos outros fatores que compõem o ensino da medicina como é feito hoje. Uma análise que os desconsiderasse seria, a nosso ver, deveras superficial ao deixar de fora a complexidade da atuação de fatores determinantes. Seguem-se, assim, as mais relevantes considerações realizadas.

6.1 O Tema da Saúde dos Imigrantes na Formação Médica da FMUC

A primeira consideração a ser feita sobre a abordagem da saúde dos imigrantes na graduação médica da FMUC é que, segundo os dados reunidos em nosso resultado, esta ainda não é realizada. Ou, pelo menos, não é feita com a intenção de fazê-la, não é nomeada como questão. Assim, mesmo que os estudantes conseguissem enumerar tópicos relevantes à essa temática, falados em um momento ou outro de seu percurso acadêmico, não afirmam – e também nós, a partir de nossa análise, não podemos afirmar – que esse é um tópico tratado durante sua formação.

Confirmando o que foi encontrado com a análise do Plano de Estudos, professores e estudantes negaram a existência da abordagem direta desse tema no MIM. Mas qual é a importância de, em nosso momento histórico, nomear diretamente a questão da imigração e da saúde dos imigrantes na escola médica? Respostas podem ser oferecidas em diversas dimensões. Podemos começar evocando a magnitude do fenômeno atualmente. Considerada da ordem da saúde pública, as ondas migratórias atuais chamam atenção não só por seus números, mas também por fazerem parte de um consistente processo de transformação social. A presença do imigrante, longe de ser uma condição excepcional, é sim a vivificação da conformação plural das sociedades contemporâneas. Dessa forma, mais que uma atuação emergencial, requer dos serviços de assistência planos de ação consistentes e duradouros e transformações mais profundas e complexas em suas dinâmicas (Santonocito, 2017).

No que diz respeito à situação de Portugal, em particular, dados oficiais confirmam a tendência de aumento dos movimentos migratórios, chegando à representatividade de quase 9% da população territorial segundo dados recentes (SEFSTAT, 2018). O próprio governo português, como observado já em várias ocasiões, tem-se mostrado aberto e desejoso do incentivo ao estabelecimento de imigrantes no país. Ciente das implicações da mudança do perfil populacional, tem, por consequência, emitido uma série de recomendações aos serviços assistenciais, entre eles, o sanitário. O Planejamento Estratégico das Migrações (PEM), que se ocupa de promover a integração dos imigrantes em território português, recomenda formalmente a capacitação de serviços, profissionais de saúde e estudantes no que diz respeito à prestação de uma assistência à saúde digna e satisfatória, dentro das especificidades requeridas por essa população (Governo de Portugal, 2015).

Assim, ao constatarmos a presença de uma população (ainda que heterogênea) já fortemente estabelecida em Portugal e de um irremediável fenômeno de transformação social, temos já um consistente motivo para a inclusão, no Plano de Estudos e nos conteúdos programáticos das disciplinas, de dinâmicas das mais variadas ordens envolvendo a saúde dos imigrantes. Isso não diz respeito apenas a uma “atualização demográfica e epidemiológica” dos currículos. Fala também da responsabilidade social da Faculdade Médica, que deve priorizar, antes de qualquer coisa, a saúde do coletivo onde se insere, e de uma postura ativa e aberta da Universidade em ir além dos próprios muros, interagir e se comprometer com as dinâmicas sociais contemporâneas (Santos & Almeida Filho, 2008; WFME, 2015a).

Ainda falando em termos do currículo médico, a sua consideração e conversa com comemorativos sociais da atualidade, permite também uma maior contextualização do ensino da medicina. Muitas vezes realizado através do estudo de processos “inertes” e “isolados”, este aproxima-se da realidade quando olha e fala de questões atuais, com pessoas reais que se relacionam com seu entorno e vivem circunstâncias complexas. Frequentemente mencionado pelos estudantes entrevistados, o contraste entre o “tipo de paciente que se estuda na universidade” e “o paciente que se encontra na prática” é um dos conflitos fundamentais dos processos que envolvem o aprendizado da medicina atualmente. Incluir no ensino uma população que, de fato, faz parte do território é promover a *desestandardização* do paciente ao aproximar-se da heterogeneidade do real.

Há também uma óbvia importância social em realizar essa inclusão. A população imigrante é considerada vulnerável pela Organização Mundial da Saúde e sobre ela reconhecidamente atuam múltiplos determinantes sociais que fragilizam ainda mais seu estar no mundo (FRA, 2013). É óbvia e inegável a responsabilidade da medicina na atenção a essas circunstâncias. O que se observa, entretanto, é um grande silêncio não só em relação à saúde dos imigrantes, mas das minorias de forma geral: índios, negros, portadores de necessidades especiais, população LGBT, por exemplo, são, via de regra, esquecidos pelos currículos formais. Incluir essa temática na formação médica é, portanto, reconhecer que uma parte considerável da população (apesar de receberem o nome de minoria) pode viver circunstâncias características e, às vezes, precárias, e que deve ser específica e cuidadosamente assistida segundo o princípio da equidade. É também conferir representatividade a essas pessoas, nesse caso dentro do meio da assistência sanitária, reforçando o processo de empoderamento e aquisição de direitos básicos.

Para finalizar, sem esgotar, porém, o elenco de razões que justificariam a inclusão da saúde do imigrante como algo que deve ser falado na escola médica, evocaremos, em particular, um dos determinantes sociais que atuam sobre essa população: a questão do preconceito e discriminação. Esta é uma das preocupações recorrentes em todos documentos nacionais e internacionais consultados sobre a saúde dos imigrantes, que trazem incisivas recomendações de que, invariavelmente, atue-se sobre elas.

Como fenômeno social complexo que é, seria ingênuo considerar que médicos, demais profissionais de saúde e serviços assistenciais estejam imunes. Tratar desse tema nas escolas médicas, para além de estar de acordo com todas orientações existentes, cria a possibilidade de reflexão, conscientização e atuação sobre esse complexo fenômeno entre alunos e professores. Permite também um olhar crítico sobre alguns tipos de abordagens que não só não são eficazes como ainda reforçam estereótipos entre docentes e discentes e nos ambientes acadêmico e assistencial.

Diante de tantos elementos e recomendações que sustentam a presença dessa temática dentro da formação graduada em medicina, ficamos a nos perguntar: por que, então, ainda essa ausência?

6.1.1 Contribuições Indiretas

Como dito anteriormente, segundo menção de alunos, professores e documentos institucionais, a saúde dos imigrantes não é abordada diretamente durante a graduação médica na Universidade de Coimbra, ficando ao cargo de iniciativas dos próprios estudantes que buscam suprir carências do currículo formal. Existe um “vazio”, uma “lacuna”, nessa questão. Estudantes e professores, no entanto, referiram uma série de tópicos abordados durante o percurso formativo que, ainda que fossem direcionados a outras situações, poderiam contribuir indiretamente para a assistência sanitária da população imigrante. De fato, como exposto nos resultados, ao analisarmos o Plano de Estudos proposto pela Universidade, encontramos várias áreas de interseção entre este e o que a literatura científica e protocolos nacionais e internacionais referem como grandes áreas relevantes à saúde dessa população (tabela 1 em anexo).

Das grandes áreas clínicas referidas como essenciais na assistência aos imigrantes, a Infeciologia foi a mais frequentemente citada como provedora de contribuições significativas. Observamos, nas falas dos discentes, um reflexo dessa condição. Quando foram questionados sobre o que inicialmente pensavam sobre a saúde dos imigrantes, todos os alunos traziam, de imediato, a questão das doenças infectocontagiosas e a importação de patologias para o território português. Apesar de sua relevância, alguns cuidados, entretanto, devem ser tomados. A vinculação estreita do tema da saúde dos imigrantes à infectologia pode, potencialmente, limitar a percepção dos estudantes sobre a complexa dinâmica que envolve a imigração e as injúrias à saúde relacionadas a essa condição. Pode ainda perigosamente reforçar e reproduzir possíveis estereótipos associados a certas populações.

Duas críticas feitas pelos discentes à abordagem dessa disciplina nos chamaram a atenção. A primeira diz respeito ao olhar direcionado essencialmente à proteção do território português de patologias não endêmicas, o que traz um viés completamente diferente à assistência: cuidado, principalmente, não porque posso contribuir para a saúde daqueles que chegam, mas para me proteger e ao meu território de doenças que eles possam trazer. Apesar da ideia comum de que a imigração está

francamente associada à veiculação de doenças infectocontagiosas, não existe associação sistemática entre os dois fatores. Os veículos mais frequentemente constatados são, por sua vez, os viajadores regulares, turistas e profissionais de saúde (Eiset & Wejse, 2017; Gulland, 2015; WHO Europe Region, 2019). Por mais que devam ser tomadas todas as medidas necessárias nesse intuito, o fato de ser essa a ideia de fundo pode distorcer ainda mais a conduta do profissional em seu encontro com os pacientes imigrantes além de promover uma postura defensiva e até discriminatória já no início da relação.

Alguns outros comentários realizados sobre o ensino da Infeciologia dizem respeito ao foco dado à patologia em si, ao invés da completa assistência ao doente. Segundo os discentes, essa concepção do ensino os dificulta a transposição daquilo que aprendem na disciplina para o cuidado de pessoas reais. Essa queixa, ao nosso ver, de forma alguma é uma exclusividade do ensino da Infeciologia, mas sim o reflexo, no ensino médico, da concepção de doença sustentada pela medicina moderna. Esta área científica tende, por exigência de seus próprios princípios fundamentais, a querer demonstrar a existência de uma realidade biológica independente. O adoecimento individual é identificado como uma instância de alguma categoria natural que existe “lá fora”, à parte do indivíduo, destacado de qualquer influência do contexto em que está embebido (Littlewood & Dein, 2000). O resultado é um ensino basicamente sustentado pelo estudo de entidades nosológicas muitas vezes dissociadas do contato e da prática clínicos.

A unidade curricular Medicina Geral e Familiar, que, segundo seu conteúdo programático, faz uma importante interface entre as áreas clínicas e as ciências sociais e comportamentais, mostrou-se um importante lugar para a abertura de perspectivas de abordagem da saúde dos imigrantes na graduação. Estas também foram sinalizadas pelo professor coordenador da disciplina ao responder ao inquérito referindo algumas possíveis contribuições. Parece-nos, no entanto, ser ainda maior a potencialidade de desenvolvimento de tópicos relevantes à assistência dos imigrantes nesse espaço do que os pontos citados.

Para além do trabalho teórico, foi durante o estágio dessa disciplina que alguns discentes referiram ter a possibilidade de encontro com pacientes imigrantes e as questões que estes traziam. Foram esses os estudantes que trouxeram os relatos mais complexos em termos de desafios e conflitos reais vivenciados na assistência a essa população, tão necessários ao aprendizado e ao desenvolvimento de habilidades e competências essenciais. Isso reforça, mais uma vez, a importância da valorização do aprendizado prático, algo consistentemente reivindicado pelos estudantes ouvidos. Como um deles disse: “nós na teoria somos muito... decoramos tudo e esquecemos tudo. E às vezes as aprendizagens práticas são as que ficam mais”. Priorizada nos mais recentes manuais internacionais sobre educação médica (LCME, 2018; WFME, 2015a), a prática é também uma condição para o encontro com pessoas de fato. Nesse espaço, constata-se a diferença entre o estudo de um doente teórico e a complexidade da assistência a doentes reais, primordial para o bom exercício da profissão.

Porém, como mencionado anteriormente, durante esse momento da formação, não existe a assistência direta de professores. O suporte aos alunos fica ao cargo dos profissionais responsáveis pelos serviços. Dessa forma, experiências muito ricas vivenciadas em âmbito prático correm o risco de não serem sistematicamente aproveitadas para a promoção de reflexões e consolidação do aprendizado. Ainda, os estudantes devem “contar com a sorte de ter um bom tutor”, o que, segundo os relatos, nem sempre acontece.

No que diz respeito às demais grandes áreas clínicas, não obstante fossem obviamente contempladas pelo Plano de Estudos, não foram citadas pelos discentes nem referidas pelos docentes responsáveis como espaços que contribuíssem direta ou indiretamente para a saúde dos imigrantes. Ficaram de fora, assim, situações de saúde relevantes especificamente mencionadas como merecedoras de especial atenção nas recomendações existentes para a assistência sanitária para essa população. Como se pode observar na tabela 1, esses tópicos poderiam ser tranquilamente inclusos entre aqueles que já são debatidos pelas disciplinas responsáveis por tratar questões vinculadas à saúde mental, à saúde da mulher, da criança e à saúde ocupacional, contribuindo assim para a ciência, por parte dos discentes, de possíveis especificidades no cuidado da saúde dos imigrantes.

Ao longo de nossa análise, os conteúdos referentes às ciências sociais e comportamentais mostraram-se de fundamental importância. Estes foram referidos pelos estudantes como essenciais ao cuidado dos imigrantes, mas, ao mesmo tempo, também os mais desafiadores. Os discentes disseram, como exposto nos resultados, que a faculdade dá grande importância às questões tratadas nessa área, principalmente ao cuidado centrado na pessoa, às concepções sobre saúde e doença e os princípios do paradigma biopsicossocial de saúde. Os principais locais de abordagem desses tópicos mencionados foram as unidades curriculares de Ética, Deontologia e Exercício Profissional e Psicologia Médica.

De fato, ao analisarmos o conteúdo programático dessas disciplinas, encontramos assuntos sinalizados pela literatura científica como sendo de essencial importância tanto para a saúde dos imigrantes em si quanto para o estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória entre este e o profissional médico. Podem ser elencados, por exemplo, os seguintes itens encontrados nos respectivos programas oficiais: a importância das crenças e expectativas de saúde e doença; fatores que influenciam o comportamento de doença e a procura de ajuda; comunicação verbal e não verbal; situações difíceis de comunicação; identificação e equacionamento de questões éticas relativas a situações objetivas da prática médica; direitos e deveres dos doentes, entre outros.

Apesar de serem encontrados também no conteúdo programático de outras unidades curriculares, segundo os relatos dos discentes, essas disciplinas estiveram entre as principais a fundamentar princípios guia da conduta do futuro profissional, de forma a serem sistematicamente lembradas ao se abordar aspectos relacionais, comportamentais e comunicacionais. Devido à sua importância, esse tópico será discutido em profundidade mais adiante. Neste ponto nos basta dizer que

esse parece ser o principal espaço existente para a discussão das tão mencionadas “particularidades”. A relação dos estudantes com estas teve papel central nas entrevistas realizadas.

Entretanto, para nossa surpresa, os docentes responsáveis pelas disciplinas de Ética e Psicologia Médica responderam de forma negativa ao questionamento sobre a existência de contribuições diretas ou indiretas dessas disciplinas para a atenção à saúde dos imigrantes. Como o contato com os professores não foi presencial, aventamos uma provável não compreensão da pergunta feita como justificativa para a negativa. Uma outra possibilidade é o não reconhecimento dos assuntos abordados como vinculados à dinâmica da assistência aos imigrantes. Nesse caso, fica sinalizada a falta de familiaridade com a questão no ambiente acadêmico (obviamente não restrita a essas disciplinas especificamente), reforçando ainda mais a importância de iniciativas como a da presente pesquisa.

Constatar a real existência de espaços oficiais para a abordagem do tema em questão, mas, ao mesmo tempo, sua invisibilidade durante a graduação médica, faz surgir uma série de questionamentos. Por que, apesar da existência do debate de tópicos referidos como relevantes (por professores, estudantes e literatura científica), os imigrantes e as circunstâncias que envolvem sua saúde não são mencionados? Como, em uma cidade com tamanha presença de estrangeiros, pode a maioria dos discentes referirem pouco ou quase nenhum contato assistencial com essa população? Os treinamentos realizados pelos estudantes são representativos da média da população que ele encontrará em sua prática profissional? Diante desses questionamentos, seguimos com a discussão de possibilidades de inserção curricular do tema e, posteriormente, com reflexões sobre a relação entre os resultados encontrados e conceitos difundidos no ensino médico em geral.

6.1.2 Possibilidades de Inserção Curricular

Existem hoje fortes recomendações para que a escola médica contribua não só para o desenvolvimento científico, mas que seja também socialmente responsável e se ocupe, entre outros pontos, das necessidades da comunidade e do sistema público de saúde de onde se insere (WFME 2015a). Várias diretrizes atuais sugerem também que os futuros profissionais sejam progressivamente preparados para lidar com a singularidade cultural, étnica, linguística e religiosa da população assistida. Valem ser mencionadas ainda as mais antigas e já bem estabelecidas – mas não menos atuais e relevantes – recomendações sobre o desenvolvimento de competências relacionais, interpessoais e comunicacionais e sua relação transversal com as diversas disciplinas e momentos da formação (General Medical Council, 2017; LCME, 2018; WFME, 2015a; WFME, 2015b). Assim, frequentemente encontramos orientações como as que se seguem sobre o currículo médico:

O currículo médico deve incluir instruções que dizem respeito: à maneira em que pessoas de diversas culturas e sistemas de crença percebem saúde, doença e respondem aos vários sintomas,

doenças e tratamentos; aos princípios básicos de um cuidado em saúde culturalmente competente; ao reconhecimento e desenvolvimento de soluções para as inequidades no cuidado em saúde; à importância de acolher as necessidades assistências em saúde de populações “medicamente carentes”; ao desenvolvimento de atributos profissionais essenciais (altruísmo, responsabilidade, por exemplo) necessárias ao provimento de cuidado em uma sociedade diversa e multidimensional; (...) às instruções específicas sobre habilidades comunicacionais (LCME, 2018).

Sobre as competências necessárias aos profissionais egressos, ressaltam-se orientações de que eles sejam capazes de: trabalhar de acordo com a legislação no que tange a equidade e a diversidade; demonstrar respeito, cortesia, honestidade, compaixão e empatia pelos outros, incluindo pacientes, cuidadores e colegas; tratar os pacientes como indivíduos, respeitando sua dignidade; estabelecer uma relação médico-paciente efetiva e respeitosa, com a habilidade de demonstrar empatia e compaixão; apresentar habilidades comunicacionais, incluindo habilidades interpessoais verbais e não verbais; ter uma escuta ativa; demonstrar consciência cultural e social e reconhecer especificidades de gênero, culturais e religiosas e preparar-se para interagir com elas apropriadamente; ser capaz de formular uma abordagem além dos *guidelines* e produzir um plano de cuidado centrado no paciente (General Medical Council, 2017; WFME, 2015a).

Observamos, assim, nos mais recentes manuais internacionais sobre educação médica, um foco no preparo dos futuros profissionais para que estes sejam capazes de contemplar de forma ampla e diversa os processos de saúde e adoecimento, oferecendo um cuidado baseado numa perspectiva complexa e centrada na pessoa àqueles sob seus cuidados. Há ainda uma clara e específica atenção para o desenvolvimento de um olhar que reconheça a conformação étnico, social e culturalmente diversa da sociedade contemporânea, reforçando a necessidade de que o futuro profissional tenha habilidades e competências para acolher e lidar com essa realidade.

Mais que encorajada por importantes diretrizes, a inclusão dessas temáticas, que, entre outras, inclui, obviamente, também a atenção à saúde dos imigrantes, tem acontecido ainda de forma inconsistente. O que, como e quando abordar? Em que bases teóricas e pedagógicas se sustentar? Como inserir esses tópicos no currículo de forma integrada e transversal? São estes alguns dos desafios atuais do ensino médico.

No que diz respeito ao objeto de estudo desse trabalho, por exemplo, como observamos na revisão bibliográfica apresentada anteriormente, ainda são poucas as iniciativas existentes, apesar das recomendações de órgãos oficiais. Muitas das propostas encontradas são extracurriculares ou experimentais. São limitadas ainda a tratarem de âmbitos mais específicos, como a saúde mental, a questão da comunicação ou a vivência de trauma e tortura de forma isolada, perdendo, assim, o olhar

sobre as demais dinâmicas. Existem como abordagens destacadas, excepcionais, que não abarcam a importância e a complexidade desse tema.

Propostas pautadas em entrevistas, exames e condutas protocolares não parecem ser o modelo mais adequado, pois reforçam o alienamento do contexto (cultural, social, econômico, político) do paciente e do próprio encontro terapêutico. Da mesma forma, o treinamento em habilidades isoladas pode ser interessante, mas, feita sozinha, mostra-se insuficiente por desconsiderar tanto a integralidade da atuação clínica quanto a magnitude dos fatores que atuam sobre a dinâmica imigratória e da saúde dos imigrantes. Esses formatos garantem e corroboram o pragmatismo que permeia o fazer médico atualmente, mas também propagam um olhar simplista e reducionista (também presentes na prática médica contemporânea).

Não há consenso sobre o que deve ser ensinado nem de como deve ser feito. Somado a isso, a falta de um embasamento conceitual mais profundo coloca em risco a qualidade da abordagem desse tema. A fragilidade das avaliações da eficácia das atividades desenvolvidas dá uma duvidosa impressão de sucesso que pode, de forma equivocada, fazer propagar perspectivas ineficazes e quiçá deletérias (Gregg & Saha, 2006). São necessárias, portanto, propostas mais maduras e sólidas tanto do ponto de vista teórico quanto prático.

Dentre as possibilidades de inserção curricular pesquisadas, aquela sugerida por Knipper, Seeleman e Essink-Bot (2010) pareceu-nos ser a mais integrada e factível. A interessante experiência do Academic Medical College de Amsterdam faz a abordagem da saúde e imigração não limitada à exclusividade de uma disciplina, mas transversal ao currículo. A relevância central dessa proposta em permear a trajetória formativa com questões referentes a esse tema potencialmente age em prol da *desestandardização* do saber e práticas médicas e evita com que tópicos como cultura, etnicidade, religião, determinantes sociais e política, por exemplo, sejam vistos como excepcionais e desligados do fazer médico “real”.

Os discentes entrevistados intuitivamente trouxeram pontuações semelhantes. Todos eles foram muito hesitantes em sugerir a existência de uma disciplina à parte para tratar da questão, apoiando fortemente, por sua vez, a ideia de que as unidades curriculares existentes poderiam contemplá-la de forma consistente e sistemática. Os estudantes, muitas vezes, justificavam sua postura através da sobrecarga teórica que já sentiam ter em seu Plano de Estudos, ressaltando, mais uma vez, o desejo e a importância das experiências práticas.

Outro ponto ressaltado nos discursos foi a experenciação do processo de aprendizado de forma fragmentada. Os discentes referiam, assim, que, apesar de os serem apresentados vários dos tópicos mencionados como importantes anteriormente, a sensação era a de que isso não acontecia de forma integrada. Questões de cunho social, cultural ou relacional, por exemplo, eram tratadas (na perspectiva dos estudantes e à análise do Plano de Estudos) em “pequenos guetos”, em unidades curriculares

específicas e limitadas a pequenos intervalos da trajetória formativa. Como alertavam Knipper, Seeleman e Essink-Bot (2010), isso contribui para a secundaridade e “desimportância” conferida aos temas abordados e às disciplinas, como exemplifica o relato: “nós temos ética no 3º ano (...), mas, sinceramente, é uma daquelas cadeiras que a pessoa não fixa muito”.

Dessa forma, tendo em vista a análise do Plano de Estudos, as falas dos discentes e o que é referido pela literatura científica, se a nós coubesse apontar algumas sugestões no que diz respeito à inserção curricular da assistência à saúde do imigrante, poderíamos sintetizá-las nos seguintes pontos: existem recomendações formais, inclusive de órgãos oficiais, que sustentam sua inclusão no currículo médico; existem, no Plano de Estudos em curso do MIM, disciplinas que podem acolher em seu conteúdo programático os mais relevantes tópicos referentes à saúde dos imigrantes, tanto do ponto de vista das grandes áreas clínicas quanto da saúde pública e das ciências sociais e comportamentais; experiências encontradas na literatura científica sugerem que tanto mais multidisciplinar, prática e transversal for essa inclusão, melhor; desencorajamos a apresentação da temática apenas em uma unidade curricular à parte, com a justificativa, entre outras possíveis, de não reforçar a fragmentação curricular e a equivocada excepcionalidade conferida à assistência à população imigrante.

Nesse ponto, é impossível não lembrar que a concretização dos dois últimos pontos expostos está intimamente vinculada e dificilmente se dará sem que se contemple a estruturação do currículo médico atualmente. Apesar dos esforços feitos no sentido de reformulá-lo, são inegáveis os grandes e ainda existentes desafios à tentativa de tornar a formação médica essencialmente multidisciplinar, prática e integrada.

Gostaríamos de ressaltar que, de uma perspectiva objetiva e imediata, poderíamos justificar nossa sugestão de inclusão da assistência ao imigrante nas diversas unidades curriculares como uma simples atualização demográfica e epidemiológica dos conteúdos oferecidos, já que essa população corresponde hoje a quase 9% do total populacional de Portugal. Mas vai muito além. Nomear e incluir a questão da imigração no conteúdo oficial têm ainda uma importante relevância social (já discutida anteriormente). Abre também a possibilidade de maior contextualização do ensino médico ao “paciente real”, enfraquecendo o modelo teórico do “paciente ideal”, *standard*.

O trabalho a ser feito não termina aqui. Deixando pra traz essa perspectiva mais “estrutural” sobre a inserção da assistência à saúde dos imigrantes no currículo médico, no tópico seguinte tentaremos trazer uma reflexão sobre quais seriam os principais princípios norteadores da inclusão dessa temática. Para isso, partiremos de uma reflexão sobre certos conflitos, percebidos durante as entrevistas com os estudantes, decorrentes das recomendações (relacionais, comportamentais, comunicacionais) recebidas e de como elas eram impostadas. Apresentaremos, assim, pontuações representativas de importantes aspectos sustentados durante a trajetória formativa desses discentes. Para tanto, obviamente, contextualizá-la-emos ao ensino médico geral.

6.2 Principais Conceitos Utilizados e suas Implicações

Nas falas dos discentes, foram claras a importância e a preocupação com questões de foro relacional, comunicacional e com o que diz respeito à postura e às qualidades que o profissional médico deve sustentar perante seu paciente. Elas permearam todos os domínios de todas as entrevistas realizadas de maneira tal que os tópicos dessa natureza foram, sem dúvida alguma, muito mais evocados que aqueles de ordem técnica ou do saber científico. Figuraram também, ao lado do conhecimento oferecido pela Infecçiology, como as principais contribuições indiretas do percurso formativo para o tema pesquisado. Este resultado é condizente com o que os artigos científicos na área apontam como maiores demandas dos pacientes imigrantes na assistência (Dias et al., 2018; Komaric et al., 2012).

Dentro desse contexto, ao analisar as entrevistas realizadas, algo se apresentou como um cerne essencial, ao redor do qual muitas dinâmicas se desenvolveram: a contradição existente entre o conteúdo trazido por certas falas frequentes dos estudantes e como estes, de fato, sentiam-se ao se imaginar prestando assistência. Em outras palavras, o discurso humanista foi muito presente nas entrevistas com discentes: o respeito ao outro, a empatia, a adequação do profissional ao paciente, o tratar todos de maneira indistinta. Os relatos afirmaram também a atenção dada pela Faculdade a esses pontos. Entretanto, ao serem questionados mais a fundo sobre o tema, de forma geral, veio à tona uma grande insegurança em relação aos próprios conhecimentos e competências. Percebeu-se um certo receio do debruçar-se com a diferença, com as tão mencionadas “particularidades”, citadas como o maior desafio do médico no cuidado dessa população.

Apesar de estarem presentes nos discursos e da formação realizada ter oferecido frequentemente um panorama sobre as qualidades humanísticas, sobre a medicina centrada na pessoa e ter-se sustentado a partir dos princípios do paradigma biopsicossocial da saúde, ao vivenciar ou vislumbrar-se numa situação prática, os estudantes não se percebiam inteiramente capazes de manejar adequadamente a situação. Por que, então, mesmo com todas as recomendações apresentadas durante a graduação sobre o encontro com o paciente e da incorporação destas nos discursos dos estudantes, eles entravam em tamanho conflito ao se deparar com a diversidade? Como é que o ensino desses conteúdos é experimentado pelos discentes?

Essa contradição foi percebida nas entrelinhas dos discursos, mas alguns relatos, como o que se segue, chegam a demonstrar explicitamente esse conflito:

Nós falamos muito agora da medicina centrada na pessoa (...) e eu acho que esse conceito nos é transmitido muito bem e ninguém sai da faculdade sem conseguir pensar bastante no assunto. Mas depois, nós não vemos propriamente como é que isso se desenrola, ou quando vemos é muito esporadicamente.

Como é possível constatar, ele marca a presença de uma quebra entre a experiência teórica e prática no que tange a aquisição dessas competências. A teoria existe e ajuda os estudantes a pensar sobre esses assuntos, mas a ausência de experimentação prática, desse “desenrolar”, deixa-os desnorteados quanto à atuação segundo essas bases. Expõe, assim, uma das muitas fragmentações observáveis na conformação atual do ensino médico (teoria e prática; subjetividade e técnica; núcleo pré-clínico e clínico; ciências sociais e comportamentais e ciências médicas) e age deletoriamente nos processos de aprendizagem dos discentes.

Uma menção semelhante é observada também no seguinte trecho: “*se fala muito da medicina biopsicossocial e depois também se calhar na prática, ou seja, na escola médica, não exploramos tanto essa parte*”. Aqui, novamente um pilar fortemente sustentado pela proposta programática de várias unidades curriculares – e, ao que nos parece, da proposta formativa do MIM como um todo – diluiu-se pela falta de vivência de sua aplicabilidade prática. Não é por acaso, portanto, que muitos discentes disseram sentir falta de uma perspectiva mais “holística” na abordagem da Infeciologia, que ali viam apenas “aspectos científicos” e não “a pessoa em si”. Ou ainda, referiam que o exemplo dado por professores e tutores nos estágios nem sempre era condizente com o que era defendido por disciplinas como Psicologia Médica e Ética no período pré-clínico.

Dessa forma, percebemos que, mesmo sendo uma base na qual a proposta curricular parece se sustentar, o trabalho formativo com os princípios do paradigma biopsicossocial, da medicina centrada na pessoa e os aspectos relacionais, comunicacionais e humanísticos com os discentes parece não ter o alcance e a efetividade necessários ao desenvolvimento e à consolidação das habilidades e competências desejadas. Mas, ao mesmo tempo, deixam suas marcas e são incorporados aos discursos dos estudantes. O resultado dessa dinâmica é a contradição citada anteriormente entre a reprodução e difusão de princípios teóricos em contraste com a sensação de que, na prática, existem reais dificuldades para as quais não se tem ferramentas para lidar.

Isso nos faz evocar um interessante artigo de Rességuier (2018) realizado no âmbito de Organizações Humanitárias, sobre as motivações das pessoas que nelas trabalhavam. Na pesquisa, a autora, baseada na proposta do filósofo Merleau Ponty, distingue, nos discursos dos entrevistados, o que era da esfera das “*spoken words*” e o que eram “*speaking words*”, em livre tradução para o português, algo como “palavras faladas” e “palavras falantes”. Aquela diz respeito ao estático senso moral coletivo que permeia determinado contexto, esta, por sua vez, está relacionada às dinâmicas experimentações atuais do próprio sujeito. Como diz a própria autora: “a expressão utilizada no presente (*speaking words*) revela uma linguagem que é viva e criativa, em oposição àquela no passado (*spoken words*) que é um recontar de significados já existentes”. Em seu trabalho, constatou-se que os discursos dos operadores humanitários frequentemente ficavam restritos às expectativas morais do entorno, eram *spoken words*.

Ao transpor essa perspectiva às nossas observações podemos supor que as falas prontas sobre alguns princípios importantes na relação com os pacientes imigrantes sejam da esfera das “*spoken words*”. Ou seja, são partes de discursos ouvidos e agregados durante a trajetória formativa, mas não necessariamente intrínseca e profundamente vividos pelos estudantes, ditos por ser “aquilo que se espera que seja dito”. Em contraste, suas aflições, inseguranças e medos sobre como devem atuar parecem ser, de fato, as “*speaking words*”, aquilo que eles realmente estão vivenciando. Uma outra pontuação a se realizar é que o discurso dos estudantes que haviam experimentado maior contato prático com os pacientes imigrantes parecia ser mais “atualizado”, menos estático e impregnado de “*spoken words*” e, conseqüentemente, mais livre das contradições constatadas.

Não é demais recordar que esses dados nos foram relatados a partir da indagação sobre a percepção dos discentes sobre a assistência a pacientes imigrantes. Pensamos, contudo, que dizem respeito ao ensino médico de forma geral, já que foram trabalhados no percurso formativo regular. Entretanto, a nosso ver, a excepcionalidade com que o cuidado a essa população era considerado fez mostrar-se mais claramente questões já presentes, mas menos visíveis em circunstâncias habituais. Julgamos, então, adequado tratar em profundidade desses pontos, pois, além de determinantes à formação desses futuros profissionais, dizem respeito a posturas e princípios básicos, sem os quais não se pode construir propostas efetivas dentro da área da qual estamos tratando.

Dessa forma, nos tópicos que seguem, tentaremos discutir um pouco sobre os principais conteúdos trazidos pelos estudantes que nos parecem ser da ordem das “*spoken words*”, ou seja, princípios incorporados nos discursos e frequentemente reproduzidos, mas pouco experimentados a fundo, que refletem importantes pilares de sua trajetória formativa. A existência de contradições e conflitos entre esses conteúdos e o que era experienciado pelos estudantes nos levou a cogitar a possibilidade de que aqueles não fossem necessariamente apropriados. Assim, expomos um pouco sobre nossa reflexão sobre esse impasse bem como alguns de seus desdobramentos para o processo de construção de uma abordagem assistencial adequada.

6.2.1 Tratar Todos da Mesma Maneira

Foi repetidamente observado entre os entrevistados o seguinte discurso referido ao cuidado aos imigrantes: “devemos tratar todas as pessoas de maneira igual porque, obviamente, todos são iguais”. Esta orientação de conduta era colocada como a atitude de base que todo profissional deveria ter perante qualquer paciente que assistisse, ganhando ainda mais relevância no acompanhamento de pessoas que trouxessem certas “particularidades”. Os estudantes a atribuíram, como dito anteriormente, a conceitos fortemente tratados e difundidos durante a graduação, inicialmente em disciplinas pré-clínicas e, em seguida, transversalmente, em outros momentos do percurso formativo.

Antes de seguir, vamos à ideia central: “tratar todos de maneira igual porque todos são iguais”. Compreendemos que essa menção pode ter a intenção de afirmar que todos utentes devem ser tratados humanamente e suas diferenças culturais, raciais e étnicas, entre outras, não devem ser motivo de interferência na qualidade do cuidado oferecido. Mas, mesmo acolhendo esse significado como adequado, é necessário atentar para as outras facetas dessa afirmação. Seu conceito de base está correto? As pessoas são realmente iguais? Os pacientes têm necessidades semelhantes para que sejam tratados todos da mesma maneira?

A própria experiência do estudante em tentar transferir essa ideia da teoria para a prática já responde a esses questionamentos, pois os coloca, já de início, diante de um grande paradoxo. Apesar do “tratar todos iguais” ser um discurso mantido, quase um “pressuposto”, repetido e sustentado pela totalidade dos alunos, sabemos que os principais desafios referidos pelos discentes e as suas maiores preocupações em se prestar assistência à população imigrante dizem respeito justamente às “particularidades”, ao que faz desse acompanhamento “diferente” e da pessoa assistida um “não igual”. Por que, então, o estudante refere a sensação de não saber lidar com isso, de não estar suficientemente capacitado, se a indicação de como deve atuar já está dada: “deve-se tratar todos da mesma maneira”?

Ora, se isso acontece é porque, para além do estabelecimento de que se deve “tratar igual”, ao considerar o paciente real e seu atendimento, surge a demanda de que este seja visto “em particular”. Logo, inevitavelmente, cai-se em contradição: ou “todos são iguais” ou possuem as suas “particularidades”. Uma perspectiva exclui a outra e cada uma delas determina uma forma de atuar: ou “deve-se tratar todos da mesma maneira” ou é necessário que se contemple as especificidades de cada um. Percebemos, nos discursos analisados, que esse é um conflito fundamental que, por sua vez, se dá sem que se tenha pleno conhecimento dele. Dessa forma, determina silenciosamente dúvidas, medos e inseguranças nos estudantes, que, apesar do que pensam ou saibam em termos teóricos, percebem-se desamparados para vivenciar uma situação prática em que essas circunstâncias estejam presentes.

Constatar a discrepância existente entre a suposta intenção que essa afirmação tem ao ser repetidamente mencionada pelos estudantes e o seu concreto significado e as consequências que determina faz urgente a necessidade de retificar seu conceito de base. O objetivo dessa retificação conceitual, por sua vez, permite a reorientação das condutas assistenciais. Para tanto, trazemos à tona a distinção entre dois conceitos que embasa muitas das ações em justiça social, mais especificamente na área da saúde pública.

A palavra igualdade, escolhida para expressar o pensamento e a conduta perante os pacientes no trecho destacado acima, tem como significado usual: “a qualidade daquilo que é igual ou que não apresenta diferenças, ou ainda, a identidade de condições entre os membros da mesma sociedade” (Michaelis, 2018). Dessa forma, ao adotar o conceito de igualdade, não só se nega a existência de diferenças como também se assume que todos os cidadãos de determinada sociedade possuem as

mesmas circunstâncias de vida e saúde. Tomar essa perspectiva como verdadeira aliena completamente o cuidado sanitário oferecido de todos os determinantes, sejam eles sociais, econômicos, educacionais, ambientais, culturais, antropológicos, entre tantos outros, que reconhecidamente atuam não só sobre saúde de indivíduos e coletivos como nas possibilidades de assistência que ele terá. Reforça, portanto, um cuidado médico teórico, estanque, baseado em entidades nosológicas destacadas da complexidade do ser e viver do humano.

Sobre a população imigrante especificamente, sabe-se que é reconhecidamente vulnerável a uma série de injúrias à saúde e sofre a influência de variados determinantes sociais atuantes em todas as etapas do processo de deslocamento: antes, no país de origem; durante o trajeto; e após a chegada no país de destino. O movimento migratório é muitas vezes impulsionado pela privação econômica, pelas desigualdades, pelo desemprego, pela carência alimentar, pelas mudanças climáticas, pela violência, pelos conflitos e perseguições étnicas, religiosas e políticas, todos esses fatores atuando negativamente sobre o *status* de saúde dessa população. No trajeto migratório, os indivíduos são expostos a riscos à saúde como violência sexual, doenças contagiosas, tortura e tráfico humano. Por fim, ao chegar no destino, atuam ainda fatores relacionados às incertezas quanto à aquisição do *status* de refugiado, falta de informação, discriminação e potencial hostilidade, pobreza, más condições de vida e de trabalho e marginalidade. Todos esses determinantes podem ser ainda potencializados a depender da idade, gênero, etnia, renda, nível educacional, possibilidades de acesso ao trabalho, entre outros (FRA, 2013; WHO, 2017a; WHO, 2017b).

É óbvio, portanto, constatar que essa população (como também várias outras minorias), de forma geral, não goza de igualdade em relação à população autóctone no que diz respeito às condições de saúde. Isso sem falar de todos os demais fatores que atuam no sentido de tornar precário o acesso ao sistema sanitário, alguns deles, inclusive, associados à atuação do próprio profissional médico, como assinalado anteriormente (Drewniak et al., 2017; Hacker et al., 2015). Dessa forma, pensar o cuidado de uma pessoa imigrante baseado no conceito de igualdade da assistência e “tratar o imigrante como uma pessoa que venha de Portugal” fere completamente a intenção de oferecer àquela o que é justo e satisfatório às suas necessidades.

Wachtler e colaboradores (2005), por exemplo, observaram que profissionais de saúde que adotavam uma postura que negava as diferenças e que “tratava todos por igual” frequentemente desconsideravam completamente o pano de fundo cultural do paciente e o seu próprio, com importantes consequências para a assistência. As autoras advertiram ainda que esse tipo de abordagem levava ao não desenvolvimento de estratégias, por parte dos profissionais, para lidar com as diferenças, afetando negativamente o andamento da consulta.

Seja a partir do ponto de vista cultural, religioso, econômico, social e até ontológico, o fato é que a igualdade, se considerada em termos absolutos, representa uma abstração impossível de ser

estendida ao cotidiano, haja vista a infinita diversidade humana em todos os horizontes da existência (Siqueira-Batista & Schramm, 2005). É necessário, portanto, realizar a passagem do conceito de igualdade para o de equidade. A equidade em saúde é comumente definida como “tratar diferentemente os desiguais” (Siqueira, Hollanda & Motta, 2017). Considera, portanto, a diferença entre as pessoas, suas condições e necessidades e entre o tipo de assistência que deve ser feito.

Segundo Siqueira e colaboradores (2017), o princípio da equidade se instaura onde há a presença de grupos vulneráveis e onde a vulnerabilidade é inscrita a partir dos lugares da identidade e da diferença. Os autores sinalizam a grande dificuldade de transgressão do conceito de igualdade ao de equidade nos serviços de saúde e ressaltam:

Sensibilizar e qualificar profissionais para desenvolver novas abordagens no atendimento aos grupos vulneráveis constitui um tema de difícil enfrentamento no plano institucional. Não apenas do ponto de vista da organização de ações, mas, sobretudo, porque, institucionalmente, há que se lidar com questões teóricas cruciais. Uma delas é estabelecer a distinção entre a ideia restritiva de tolerância à diversidade e as ideias de reconhecimento e respeito à diferença. Outra, é compreender o caráter de ferramenta de luta política do multiculturalismo, que embasa muitas discussões sobre questões identitárias (p. 1403).

Na passagem do conceito de igualdade ao de equidade existe uma complexa e completa transformação de perspectivas. Negado por aquele, o multiculturalismo ganha protagonismo quando se fala de equidade e aparece como um esteio teórico fundamental para que se ultrapasse a limitada ideia de tolerância em direção ao reconhecimento e respeito às diferenças.

A esse ponto, é importante ressaltar também que o reconhecimento às diferenças nada tem a ver com a defesa de um olhar direcionado a identidades únicas e rígidas, sejam elas culturais, religiosas, étnicas, etc. Uma coisa é reconhecer, por exemplo, que o paciente que acompanho é de religião mulçumana, tornar-me curioso em saber como isso se relaciona com a perspectiva que ele tem sob seu estado de saúde, atentar às implicações sociais dessa identidade, mas também considerá-lo a partir de outras dimensões de sua vida. Outra é nomeá-lo como “o paciente mulçumano” e oferecê-lo um olhar e condutas pré-concebidos de acordo com essa condição específica, ignorando todas as outras afiliações identitárias que ele possa ter. Essa categorização é perigosa e deletéria e permite a difusão de perspectivas, comportamentos e atitudes preconceituosos e estereotipados.

As identidades são plurais e dinâmicas e, segundo Amartya Sen (2007, p.46): “a insistência, ainda que apenas implícita, numa singularidade involuntária da identidade humana, não só nos diminui a todos, como também torna o mundo muito mais inflamável.” O autor continua afirmando aquilo que referimos anteriormente:

A alternativa ao domínio de uma única categorização não consiste em reivindicar, de forma pouco realista, que somos todos muito parecidos. Não o somos. Pelo contrário, a principal esperança de harmonia no nosso mundo conturbado reside na pluralidade das nossas identidades, que se entrecruzam e que contrariam as classificações rígidas em torno de uma única linha de divisão (Sen, 2007, p. 46).

Observamos, dessa maneira, como, a partir de uma ideia que inicialmente pode parecer justa, constata-se a presença de uma série de pressupostos que determinam profundamente as qualidades que compõem o ato de acolher e assistir alguém. Fica clara, portanto, a necessidade de retificação dos conceitos utilizados e difundidos para os estudantes. Seguiremos as nossas reflexões com outras pontuações e suas implicações decorrentes desse discurso inicial, muitas delas relacionadas às formas ou aos arranjos que se faz no intuito de se atuar apesar das contradições geradas a partir da adoção equivocada do conceito de igualdade.

6.2.2 A Anulação do Outro

Podemos fazer ainda outras importantes considerações sobre os desdobramentos de se adotar como verdadeiro o trecho referido acima. Ao ouvir: “todos sabemos que devemos tratar qualquer paciente da mesma maneira”, a impressão que se tem é que o que se deve fazer (“tratar da mesma maneira”) já está pré-estabelecido e existe de forma essencialmente independente daquele que é assistido. Percebemos que essa orientação está atrelada a ideias e condutas já definidas sobre o paciente, que se espera ser como o que é estudado, e sobre a atuação do médico, que deve necessariamente tratar todos da mesma maneira. Assim, se o encontro se dá com o “paciente previsto”, não há embate. Mas se, no entanto, acontece com um “paciente diferente daquele que se estuda”, “daquele que se está programado para atender”, conflitos aparecem. Quando algo se dá fora do ordinário, ou melhor, quando o que se dá não é facilmente contido e transformado nesse ordinário, tem-se um “entreve”, uma “barreira”: um extraordinário.

Se aprofundamos um pouco mais aquilo que foi explicitado anteriormente, podemos compreender o ato de “tratar todos da mesma maneira porque todos são iguais” como uma desconsideração do outro. Não importa quem esteja à frente de fato, todos serão assistidos da mesma maneira. É a transformação do diferente num igual, da alteridade na igualdade. É por isso que, não raramente, “esquecer os antecedentes”, “esquecer da cultura, da raça, do gênero” e “não lembrar do contexto” apareceram nas entrevistas como forma de lidar com o paciente: tratava-se de uma tentativa de ordenação da multiplicidade no igual.

Entretanto, para além da desconsideração de certas características, o que de mais grave observamos nesse processo é a transformação da própria condição de ser do outro. Junto com suas

particularidades, que, nesse caso, têm lugar periférico, o outro é destituído sobretudo de seu ontológico lugar de ser diverso e é deslocado a um posto onde possa ser igual, comum, ordinário. Para o filósofo sul coreano Byung-Chul Han (2018), privar o sujeito de seu lugar de outro é a maior das violências contemporâneas. Segundo ele:

É inerente à globalização uma violência que faz com que tudo se torne intercambiável, comparável e, por conseguinte, idêntico. (...) A violência do global como violência do idêntico destrói essa negatividade do outro, do singular, do incomparável (...) que varre todas as singularidades que não se submetem à equivalência (Han, 2018, p.19).

É o que acontece com o discurso do “tratar todo mundo igual” na assistência médica. Impõe-se uma violência contra o outro que tem seu lugar próprio destituído para que assim possa ser comparável, equivalente e, assim, mais facilmente manejável. Entretanto, ao tirar o outro de seu lugar próprio, o profissional perde também qualquer possibilidade de relação:

Encapsulado e aprisionado em si mesmo, perde toda a relação com o outro. Posso tocar-me a mim mesmo, mas só me sinto a mim mesmo graças o contato com o outro. O outro é constitutivo da formação de um eu estável (Han, 2018, p. 34).

Pensar sobre posturas e princípios que promovem a anulação do outro no provimento da assistência nos remete a um outro conceito bastante comum atualmente, que foi repetido em todas as falas analisadas e que também se configurou como base do ensino médico, o da empatia. Considerada a base da oferta de uma assistência humanizada, foi referida por todos os entrevistados como qualidade essencial à postura do profissional de saúde. A empatia foi referenciada como: “saber-se colocar no lugar do outro”, por todos que foram questionados sobre sua conceituação.

O que dizer dessa forma de considerar a empatia? Será que, procedendo dessa maneira, não se perde, mais uma vez, o outro? Ao “colocar-me no lugar do outro”, desloco-o de seu lugar próprio. O outro deixa de ser o outro. O que passa a existir é o profissional que ocupou o seu lugar e agora olha para a própria perspectiva onde deveria haver a perspectiva do que é “não eu”. O outro é reduzido àquele que tomou o seu espaço. O resultado de enxergar a relação terapêutica dessa forma pode ser percebido quando se diz:

a empatia é colocar-nos no lugar dos outros, é, por exemplo, no caso dos imigrantes, seria pensar que se estivéssemos num outro país (...) como eu gostaria que me tratassem, como eu me estaria a sentir, como eu gostaria que me ajudassem ou que falassem comigo, etc.

Quando a escola médica instrui o futuro profissional a ser empático através do “colocar-se no lugar do outro”, o resultado é esse. O outro desaparece da relação e tudo que se tem é “como eu gostaria que me tratassem”, “como eu estaria a me sentir”, “como eu gostaria que me ajudasse”, ao invés de

“como o outro gosta que o trate”, “como o outro se sente”, ou ainda, “como o outro gostaria de ser ajudado”. São imensas as implicações da reprodução dessa perspectiva. A relação simplesmente não pode acontecer e o encontro, “sem a presença do outro, degenera-se num intercâmbio de informação” (Han, 2018, p.91).

A conceituação de empatia é bem diversa atualmente. De sua definição moderna original – o *Einfühlung* de Robert Vischer, sem tradução direta para o português, mas que pode ser traduzido como “sentir dentro” – aos seus usos de hoje, existem uma infinidade de significados e campos em que pode ser empregada (De Simone, 2010). Se buscarmos no dicionário, encontramos resultados como: “habilidade de imaginar-se no lugar de outra pessoa; compreensão dos sentimentos, desejos, ideias e ações de outrem; qualquer ato de envolvimento emocional em relação a uma pessoa, a um grupo e a uma cultura; capacidade de interpretar padrões não verbais de comunicação”, entre outros (Michaelis, 2018). Do seu conceito inicial, que era baseado na presença de uma sensação de um profundo e recíproco engajamento (ao ser cunhada por Vischer, na relação com uma obra de arte), pouco restou.

Assim, a menos que se estabeleça marcadamente sob que base teórica se está trabalhando, é muito comum que esse importante conceito se degenere em senso comum e seja reproduzido de forma distorcida. Sua banalização traz importantes desdobramentos que afetam diretamente como é feita a assistência e a perspectiva sob a qual esta se sustenta. Há, portanto, aqui também a necessidade de retificação conceitual. Se há o desejo de trazer esse conceito para os estudantes, é de extrema relevância que o seja feito muito criteriosamente.

6.2.3 O Igual

Quando o outro é destituído de sua condição, resta apenas o igual. Mas quem é esse igual? “Todas as pessoas são iguais” a quem? Quando se diz que os pacientes imigrantes são iguais, a quem eles são igualados? De onde vêm as referências dessa igualdade? Na medicina contemporânea, esse lugar é ocupado primordialmente pela biologia (Luz, 1988). Mas não uma biologia dinâmica, relacional e criativa. Em seu lugar, a de um corpo estanque e apartado, inclusive, do próprio indivíduo.

É ainda um ser biológico previsível e isolado que está na base do ensino e da prática da medicina hoje. Da mesma forma, é através de entidades nosológicas “autônomas”, que “existem” destacadas do indivíduo e do contexto em que se apresentam que se faz o estudo do adoecimento humano. Como consequência, é também isso o que, inocentemente, o estudante (e também o médico já formado) espera receber ao iniciar sua prática, um *paciente teórico*. Será esse a referência e é a partir dele que se constroem as condutas. A partir daí, todos os esforços são feitos no sentido de identificar os pacientes que se assiste e suas demandas com o *paciente teórico* e condutas pré-estabelecidas. Em resumo, é como um *paciente teórico* que ele buscará tratar pacientes reais.

Não é por acaso, portanto, que, ao abordar as dimensões culturais ou religiosas dos pacientes imigrantes, os discentes frequentemente se expressavam usando as palavras “entreve” e “barreira”. Isso nos faz supor que questões desse gênero são ensinadas e vividas como um problema para o médico. Disfarçadas por discursos prontos de tolerância à diversidade, são vistas como algo indesejado, que altera o igual, e que deve ser silenciadas quando se faz a prestação de assistência. Demonstra o verdadeiro olhar que se tem sobre a diferença: receber um paciente de uma cultura ou religião diversa da do médico é um “entreve”, impede o esperado andamento da consulta, torna-a difícil, cria uma “barreira” ao exercício da medicina.

Também aqui é necessário pensar em retificar conceitos. Apesar da imensa importância e poder de determinação que têm sobre como se pensa e se pratica a medicina hoje, concepções como essa agora explicitada passam quase invisíveis na construção do ensino médico, tornando difícil essa tarefa. Para tal retificação, traremos brevemente o pensamento do médico e filósofo francês, Georges Canguilhem. Em sua importante obra, “O Normal e o Patológico” (Canguilhem, 1995), o autor defende uma concepção normativa da vida biológica, ou seja, que a vida é capaz de dinamicamente instituir novas normas no organismo e é essa capacidade que confere ao indivíduo seu *status* de saúde ou doença. Segundo ele:

Para um ser vivo, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida, de fato, é uma atividade normativa (p.96).

Deixa-se pra traz a ideia de um organismo estanque e estático, igual, para uma qualidade de base de contínua produção e transformação:

A vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação com um meio em que há fugas, vazios, esquívamentos e resistências inesperadas (p.159).

Para o pensamento do autor, a vida (a biologia) está em inevitável e permanente relação com o meio, com o qual se relaciona e o modifica constantemente. É o que ele chama de normatividade biológica:

Se existem normas biológicas, é porque a vida, sendo não apenas submissão ao meio, mas também instituição de seu meio próprio, estabelece, por isso mesmo, valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo. É o que chamamos de normatividade biológica (p. 187).

Conceber a vida biológica de maneira criativa, dinâmica e relacional modifica completamente o pensamento médico comum sobre saúde e doença. Para o autor, “o normal não tem a rigidez de um

determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais” (p.145). A alteridade, em lugar da igualdade, ganha protagonismo. É sempre o indivíduo que devemos tomar como ponto de referência e, mesmo em termos de patologia, a norma é, antes de tudo, uma norma individual. Não há sentido, portanto, um estudo de entidades nosológicas apartadas do indivíduo e seu contexto, pois também o anormal só pode ser apreciado numa relação. Segundo Canguilhem:

O que é um sintoma, sem contexto ou pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que ela complica? Quando classificamos como patológico um sintoma ou mesmo um mecanismo funcional isolados, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual (...) A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente (p. 65).

Assim, a ideia de que “todos somos iguais” cai por terra mesmo se considerada do ponto de vista puramente biológico. Essa perspectiva não se sustenta também a partir de outros olhares. Interessantes trabalhos da psiquiatria transcultural contemporânea, por exemplo, ajudam-nos a compreender outros importantes fatores envolvidos na construção e concepção do *igual*.

Para Sigerist, “a medicina é uma das ciências mais intimamente ligadas ao conjunto da cultura, já que qualquer transformação nas concepções médicas está condicionada pelas transformações ocorridas nas ideias da época” (citado por Canguilhem, 1995, p.77). Dessa forma, o *paciente teórico* é também uma representação que normalmente corresponde a um modelo extraído da população socioculturalmente dominante. Portanto, levando em conta a realidade europeia, o *paciente teórico* muitas vezes é também é branco, judaico-cristão, ocidental, heterossexual, relativamente bem instruído, com uma queixa bem definível pelos sistemas de classificação de patologias vigentes, enfim...

Enquanto esse modelo se sustentava por ser também o mais frequente, poucos conflitos apareciam. Entretanto, com a nova e plural conformação social vigente – e os processos migratórios contribuíram muito para isso – tornou-se muito provável que um médico receba em seu consultório uma mulher negra, oriental, mulçumana, que não fala bem português e tem um vago, mas incapacitante sintoma. Os conflitos, então, aparecem, mas não porque antes seus fundamentos não existissem, era apenas menos provável que fossem “ativados”. Para o primeiro perfil de paciente, já existem prontos diagnósticos e condutas possíveis, já existe pronta uma forma de se relacionar. Para o segundo, há “barreiras” e “entraves” para a realização do que já estava determinado previamente.

As tentativas de mudança endossadas pela adoção, hoje já muito difundida, dos princípios do paradigma biopsicossocial trouxeram um olhar antes pouco prevalente às questões dessa ordem. Entretanto, parece que não foi suficiente para provocar transformações ao fundo. O que se pode observar

é que, mesmo quando os preceitos socioculturais são acatados, há uma tendência dos clínicos em, irrefletidamente, classificar comportamentos inerentes a algumas culturas e sociedades dentro dos termos diagnósticos rígidos e universais dos sistemas taxonômicos ocidentais (Alarcon et al., 2002). Não é levado em consideração que sistemas diagnósticos e terapêuticos não se desenvolvem independentemente da matriz cultural que envolve a experiência e a expressão do adoecimento (Kleinman, Das & Lock, 1997). Assim, sem que o clínico sequer tenha ciência, o construto diagnóstico por ele estabelecido nada mais é que uma crença culturalmente determinada, um julgamento de valor (Alarcon et al., 2002).

É essencial, portanto, uma assistência baseada na consideração, no respeito e no interesse pela diferença. Para tanto, é necessário que os profissionais se tornem familiares e confortáveis em abordá-las – sejam elas culturais, religiosas, étnicas, educacionais, socioeconômicas – e não que tentem “tratar todos como o mesmo”, sendo erroneamente guiados por um senso de neutralidade. A falta de reconhecimento de importantes diferenças contribui para o etnocentrismo da medicina ocidental contemporânea, que vê e age no mundo estritamente através do próprio ponto de vista sociocultural. Os clínicos devem aprender a antes decentralizar, para aí sim encontrar o outro num ponto de vista comum (Kirmayer et al., 2008). Esse é um princípio dos mais fundamentais, um pressuposto, a ser contemplado ao se aventar a possibilidade de incluir a abordagem do tema da saúde dos imigrantes na escola médica.

Ao refletir sobre o que foi exposto até agora, percebemos que o *igual* é, portanto, fruto de uma perspectiva da biologia como algo estanque e fechado e de expectativas e determinações socioculturais dominantes pouco conscientizadas. Uma referência ilusória, que não existe por si, completamente destacada do que realmente se dá. A consequência é que também o encontro terapêutico estabelecido com esse *igual* não pode ser nada além que estático, pré-determinado e isolado do contexto. De fato, um encontro que se dá “sempre da mesma maneira”.

A não consideração do encontro como algo dinâmico e criativo faz com que se tenha dificuldade em estabelecer como postura de base da assistência aquela que é disponível, que interage com o paciente e que constrói uma relação na atualidade. É a permanência do aprendizado e da prática clínica baseados no *paciente teórico*, no *igual*, que torna difícil a relação dos estudantes com o extraordinário trazido pelos pacientes imigrantes. É ela que os leva à tentativa de resolver a imprevisibilidade dos encontros através de soluções também estáticas: como vimos nos discursos analisados, por exemplo, a necessidade de saber antes o que diz a cultura ou os costumes daquele paciente, quando, na verdade, nem os próprios pacientes a referem como primordial (Brämberg, Nyström & Dahlberg, 2010). A atuação baseada no *paciente teórico* leva a uma percepção estanque, como se para cada demanda, já houvesse uma conduta, como se para cada problema, existisse uma solução já pronta que não é criada junto com paciente durante o encontro naquele momento.

Qualidades como “disponibilidade”, “flexibilidade”, “criatividade” e “abertura” foram ativadas pelos estudantes quando o modelo do *igual* entrou em ruínas. Citadas essencialmente por aqueles que haviam vivenciado o contato com pacientes imigrantes, denotam o falimento da aplicabilidade de perspectivas estanques e pré-determinadas. Ao contrário, estão relacionadas à sensação de eficácia, de estar de fato em sintonia com o que é produzido naquele encontro. Essa percepção é condizente com o que é encontrado na literatura científica, que aponta que a presença dessas qualidades está relacionada a uma maior satisfação profissional e menor vivência de conflitos na assistência a imigrantes (Boerleider et al., 2011; Farley et al., 2014).

Essas características, no entanto, não necessariamente precisam ser evocadas apenas em situações ditas excepcionais. Partindo do pressuposto de que todo encontro estabelecido com pacientes não teóricos é, em sua essência, novo e imprevisível, passam a ser algumas das qualidades a serem primordialmente cultivadas na formação médica. Não à toa a prática (os estágios) foi o espaço onde, ao se deparar com pessoas reais e suas complexas dinâmicas, os estudantes se sentiam impelidos a reinventar o que haviam visto até então e *dar um jeito* de que isso fosse aplicável efetivamente. Nesse espaço, eles têm a chance de sair do conhecimento estático e deixar-se envolver com o dinamismo dos encontros e dos processos de saúde e doença.

6.2.4 O Adaptar-se

Uma outra recomendação comumente observada nos relatos dos estudantes é que, na presença de “entraves” ou “barreiras” decorrentes das “particularidades” dos pacientes imigrantes, eles deveriam “adaptar-se” à situação dada. Segundo eles, o “adaptar-se ao paciente” é uma orientação que permeia vários momentos e disciplinas na graduação, principalmente as pré-clínicas Ética e Psicologia Médica, configurando-se também como um princípio base transversalmente presente no percurso formativo geral. Lembramos dessas recorrentes menções através do excerto:

nós não estamos programados para agir nessas situações que são tão particulares, não é (...) como ultrapassar essas barreiras e como nos adaptarmos porque, no fundo, são pessoas que não conhecem a nossa realidade... como podemos interagir de forma que realmente consigamos passar a informação que temos que passar...

Como no caso das orientações previamente debatidas, também essa, à primeira vista, parece justa e em certa instância o é, mas não deixam de ser necessárias algumas pontuações. O “adequar-se” do profissional traz novamente à tona importantes retificações que apontamos anteriormente. Já de início, podemos salientar que ele é completamente contraditório à ideia da existência de “pessoas iguais” e condutas pré-estabelecidas. Se tomássemos como verdadeiros esses conceitos, a existência do “adaptar-se” seria completamente desnecessária. Mas, quando considero que cada indivíduo que chega

em busca de assistência é um sujeito único, que possui suas “particularidades” e demandas próprias daquele momento, é certo que, ao relacionar-se com o médico, produzirá também um encontro com características únicas, diverso inclusive dos que possam se dar em outras ocasiões com a mesma pessoa. Ter em conta essa natureza dinâmica torna naturalmente previsto que o profissional “adeque-se” constantemente. Essa seria, assim, uma conduta de base e não um comportamento excepcional.

Entretanto, como demonstrado pelos resultados expostos, não é dessa forma que o processo se desenvolve. Os relatos surgidos a partir da relação com pacientes imigrantes nos mostra que a ideia da adaptação é recomendada e vivida como algo extraordinário, que acontece apenas em determinadas circunstâncias. As modificações ou transformações que se sucedem seguindo os próprios movimentos que acontecem durante o encontro não são vistas como algo natural e inerente a assistência de qualquer paciente. Não é à toa, portanto, que a necessidade de ajustes à conduta é frequentemente tratada e vivida como um “entreve” ou “barreira” ao devido funcionamento do atendimento.

A adaptação, considerada dessa maneira, não alcança, não permeia, nem confirma o novo e imprevisível de qualquer acompanhamento. Ganha novamente um caráter de resposta estática a ser dada a determinada situação em lugar de qualidade dinâmica que deve animar toda relação terapêutica. É proposta, assim, de maneira incondizente com seus próprios pressupostos.

Observamos nos relatos dos estudantes que alguns deles, mais especificamente aqueles que tiveram a possibilidade de encontrar de forma mais frequente pacientes imigrantes em seus estágios, de fato mobilizavam-se e faziam rearranjos em si e nas estruturas existentes ao seu entorno. Principalmente para conseguir manter uma comunicação mais satisfatória, mas também para estar mais próximos às demandas daqueles pacientes, esses discentes ajustavam alguns modos com o intuito de assisti-los mais adequadamente. Essas são experiências válidas e denotam positivamente que o outro era considerado naquelas circunstâncias. Entretanto, para que o “adaptar-se” aconteça em sua essencialidade, é necessário acatar como fundamento a ideia da produção dinâmica dos encontros. Tudo que acontece ao externo, em termos de ações, precisa estar vinculado a esse princípio essencial, caso contrário, será apenas uma excepcionalidade.

Assim, melhor seria considerar não o pontual “adaptar-se”, mas a qualidade de ser capaz de continuamente se adaptar. Trocamos o verbo por um adjetivo que precisa permear intrinsecamente a prática médica para que ela produza encontros efetivamente “humanizados”. Atender às “particularidades” está ligada, portanto, não a uma excepcionalidade, mas a uma mudança de postura que vem da reconsideração das próprias bases conceituais da atuação profissional. Tudo é inabitual e requer, portanto, um agir constantemente inabitual. Isso confere um olhar “fresco”, cultiva a novidade e o espanto próprios do que é vivo e reforça a natureza singular de cada paciente (imigrante ou não).

Pensar sobre como se dava esse “adaptar-se” ao qual os estudantes se referiam nos fez levantar também um outro tópico, ao nosso ver, de grande relevância, que gostaríamos de aqui discutir. Para

realizar essa adaptação e lidar com situações, às vezes, completamente diversas, incômodas e até opostas ao próprio ponto de vista, o estudante (ou profissional) frequentemente utiliza-se de algumas estratégias. Partiremos de duas falas para elucidar a questão:

uma pessoa, quer queira, quer não, tem sempre preconceitos. Você enquanto indivíduo numa sociedade tem sempre preconceitos a determinadas coisas.

ter que entender o que as pessoas pensam... por exemplo, alguém que me diz que se recusa a fazer um exame ginecológico... e pensar que a senhora pode ter assim algum problema que seja de foro ginecológico é muito... é um desafio muito grande.

Esses dois sinceros depoimentos trazem conflitos possíveis e comuns ao profissional quando este, ciente de que deve adaptar-se ao paciente, precisa realmente fazê-lo. Como agir quando se percebe em si um sentimento de desacordo? Como atuar quando “adequar-se” ao paciente é também agir contra as próprias crenças? O que se faz com essas mobilizações? Essa é uma grande questão para o ensino da medicina e seu exercício, com diversas implicações sobre como se desenvolve a abordagem da assistência.

Um dos modos frequentemente encontrados para manejar esse tipo de conflito já foi discutido anteriormente que é transformar o paciente num *igual*, “numa pessoa como qualquer outra”, e ignorar o fator de incômodo. Uma outra maneira, que é o que gostaríamos de discutir agora, diz respeito ao profissional que, na impossibilidade de lidar com as afecções que o diverso lhe provoca, passa simplesmente a não as sentir. Quando se diz “tenho que adaptar-me à pessoa que está à minha frente”, comumente, em concomitância, procede-se à completa desconsideração da própria pessoa do profissional de saúde. Não se levam em conta as impressões que ele próprio tem. Mas, o mais importante de tudo: não é sequer contemplada a sua própria natureza de ser passível de ser afetado e ter “impressões”.

Os dois trechos trazidos acima configuram-se exceções encontradas nas entrevistas realizadas, pois trazem explícita e corajosamente como esses dois estudantes se percebiam e às suas mobilizações ao deparar-se com aquelas circunstâncias. Mas, mais frequentemente, o que se observa é uma dissociação da subjetividade e discursos prontos – porém não vividos – sobre a técnica ou sobre como o médico deveria se comportar nessas circunstâncias. Esse é um problema antigo e conhecido na medicina.

Clavreul (citado por Bonet, 2004, p.109) aponta que a mesma fragmentação infligida aos sujeitos-objetos da prática médica pautada no modelo biomédico tradicional é perpetrada sobre o próprio médico. Ou seja, da mesma maneira em que, nesse modelo, são rechaçados medos, ansiedades e sofrimentos dos pacientes, também do médico é afastado tudo que nele lembre sua subjetividade. Bonet (2004) corrobora essa perspectiva, afirmando que:

(...) a biomedicina, assim como separa o médico e o paciente em busca da cientificidade, tem de digitalizar, também, a própria pessoa do médico. Assim, aspectos das vivências cotidianas (do processo formativo) estariam orientados para a busca dessa cientificidade e conformariam o polo do saber, do racional, do profissional, enquanto outros aspectos representariam a intromissão das emoções, dos sentimentos (p.119).

Nessa interessante obra sobre o processo de aprendizagem do *habitus* médico, o autor destaca o que ele chama de “tensão estruturante”. Esta diz respeito à tensão advinda do confronto entre o polo objetivo, cognitivo, o saber e o polo subjetivo, advindo das sensações e sentimentos despertados pelas experiências vividas, que, por sua vez, seria própria de tudo que deriva da concepção cientificista moderna. Dessa impossibilidade de vivenciar o polo subjetivo, nasce o que autor chama de “encouraçamento gradual” entre residentes e estudantes em treinamento, com importantes repercussões sobre suas identidades profissionais e, inclusive, para sua própria saúde.

Assim, nas entrevistas feitas, ouvimos com uma certa recorrência a pontuação de que, nesse processo, o médico não deve “julgar” os pacientes. Muitas vezes, entretanto, nesse caso, o que é referido como não julgamento não diz respeito ao que fazer com o que inevitavelmente se sente. *Sentir*, muitas vezes, não é sequer considerado. Mas é, por sua vez, frequentemente igualado ao não sentir ou ao não ser afetado pelo que determinado paciente provoca, à anestesia do profissional. Destacam-se as identidades da *pessoa enquanto médico* e da *pessoa enquanto pessoa*, sem nenhuma linha de comunicação entre elas. O resultado é a ignorância, a não conscientização ou a renegação do que acontece no próprio universo interno, quando, para realmente adaptar-se ao paciente e saber como conduzir satisfatoriamente seu acompanhamento, seria de extrema necessidade a consciência de si e de suas afecções e, sobretudo, a concepção de si próprio como ser capaz de afetar e ser afetado, inclusive em suas relações profissionais.

6.2.5 Sugestões quanto ao Conteúdo a Ser Abordado na Escola Médica

Nos tópicos expostos acima, percebemos como uma série de conceitos repetidamente reproduzidos nos discursos dos estudantes – reflexo, portanto, do conteúdo trabalhado durante o percurso formativo – se não bem fundamentada e livre de equívocos, pode promover perspectivas distorcidas e confusões em sua transposição para a prática. De fato, os discursos dos estudantes apontaram para a existência de dificuldades à tentativa de imaginar a aplicabilidade desses conceitos numa circunstância de assistência a pacientes imigrantes, corroborando nossa impressão sobre certa inconsistência em sua abordagem. O resultado, como esperado, é a quase unânime sensação de não estar adequadamente preparado para essa tarefa, especialmente no que diz respeito ao proceder profissional perante a presença das “particularidades”.

Como previamente sinalizado, esses tópicos foram evocados nas entrevistas como uma “contribuição indireta”, já que não eram especificamente direcionados ao tema, provida por algumas disciplinas, e que seriam importantes no cuidado da população imigrante. Vimos também que eles permeiam certas temáticas ressaltadas como relevantes por protocolos e artigos científicos (listadas na tabela 1) como: relação médico-paciente; percepções sobre o processo saúde- doença; competências interpessoais, por exemplo. Dessa forma, percebe-se o quão crucial é a abordagem criteriosa desses conceitos não só para a população em questão – cujas especificidades funcionam apenas como exacerbador de conflitos já existentes – mas para a população geral como um todo.

Observa-se, portanto, que mesmo quando são defendidos princípios pautados numa orientação voltada ao paradigma biopsicossocial da saúde e na medicina centrada na pessoa, ao proceder-se, são evocados modos de fazer característicos do modelo biomédico. Perde-se a capacidade de transformação das propostas feitas além do grande risco de promover a banalização dos conceitos tratados. Obviamente, não podemos falar de forma generalizada. Os tópicos levantados decorreram exclusivamente de nossa investigação sobre a temática da imigração, não sabemos como isso se dá de forma geral no ensino médico. Entretanto, há de se reconhecer a importância desses achados e do que eles sinalizam sobre a trajetória formativa como um todo.

Não nos cabe aqui responder o porquê desses equívocos conceituais. O presente trabalho não teve por objetivo investigar onde eles nascem: se a partir do que é proposto pelos próprios modelo biopsicossocial e medicina centrada na pessoa ou se a partir da maneira em que os pilares dessa abordagem são trabalhados e ensinados aos estudantes. Sabemos, porém, que estamos ainda em um momento de transição paradigmática e que é compreensível a ausência de raízes profundas a essa altura. Mas o fato é que a medicina (incluindo o ensino médico e os próprios profissionais), atualmente, carece de reflexão sobre sua própria *práxis*. Como traz Camargo Jr (2003), a característica mais peculiar da doutrina médica é a de relegar a um terreno de implícitos as definições que compõem a sua racionalidade, e, por conseguinte, à transmissão inconsciente e acrítica certas concepções.

De qualquer maneira, se coubesse a nós realizar alguma sugestão sobre a abordagem da saúde do imigrante na faculdade médica, o que, no nosso ponto de vista, deveria ser primordialmente contemplado seriam as importantes retificações citadas quanto a princípios e modos difundidos no ensino médico de forma geral. Sem olhar e refletir sobre esses pontos, é, para nós, impossível formar profissionais capazes de compreender, respeitar, comunicar-se e se relacionar adequadamente com o multiculturalismo de nossos dias. Nossos achados demonstraram que é impossível dissociar o tema tratado da base formativa como um todo. A falha de muitos modelos propostos dentro dessa área pode estar, inclusive, intimamente vinculada à superficialidade e equivocidade com que conceitos chave são trabalhados se vistos destacados de toda a problemática que os envolve na formação geral.

Continuamos sustentando também a ideia de que a questão da saúde do imigrante deve ser sim nomeada e ganhar visibilidade no percurso formativo dos futuros médicos. Já delimitamos anteriormente vários motivos para isso. Mas, de forma alguma, acreditamos que deve ser colocada num lugar à parte ou receber um olhar excepcional. Com Boehnlein e colaboradores (2008) e Knipper, Akinci e Soydan (2010) compartilhamos a ideia de que as habilidades e competências que devem ser desenvolvidas para prestar assistência aos pacientes imigrantes não diferem daquelas a serem trabalhadas na formação médica geral e que lidar com a diversidade é uma parte integral das competências médicas a serem adquiridas.

No mais, como se observou na revisão de literatura, não se encontram propostas já consolidadas para a abordagem desse tema na graduação médica. Existem, entretanto, pontuações interessantes e relevantes sobre quais conteúdos e formas de apresentação podem ser mais ou menos válidos. Dois interessantes artigos teóricos (Qureshi, Collazos, Ramos & Casas, 2008 e Chang et al., 2010) resumem bem a problemática da inclusão desse tema na escola médica e trazem algumas sugestões válidas que podem contribuir para a elaboração de uma intervenção factível e consistente. Alguns dos princípios que os autores sugerem como fundamentais à abordagem da saúde do imigrante são: interdisciplinaridade; esclarecimento de conceitos chave em antropologia e sociologia; foco no conhecimento transcultural mais que no saber específico de cada cultura; atenção aos fatores sociais, econômicos e políticos envolvidos; entrevistas orientadas ao paciente; flexibilidade na forma de se comunicar; desenvolvimento do autoexame e autocrítica e de mentes reflexivas por parte do profissional; valorização das dimensões afetivas e morais envolvidas; evitar tratamentos *standardizados*; negociação de alternativas mutuamente aceitáveis; entre outros.

A essas recomendações podem-se agregar ainda as já expostas indicações dadas pelos protocolos oficiais sobre a assistência e promoção à saúde do imigrante. Com essa base e munidos do reconhecimento da importância dessa questão, espera-se que as Instituições de ensino médico sejam capazes de elaborar medidas adequadas e satisfatórias que a contemplem.

7 Considerações Finais

Essa pesquisa exploratória e qualitativa é, ao que parece, a primeira a investigar o tema da abordagem da saúde dos imigrantes na graduação médica através dessa metodologia. Como esperado, não esgotou o tema nem foi capaz de oferecer um veredicto sobre a questão. Entretanto, expôs um relevante panorama considerado a partir do cerne do ensino, que, de outra maneira, permaneceria despercebido.

Constatou-se que, mesmo com todas as recomendações existentes no sentido de que essa temática fosse individuada e especificamente tratada no ensino médico graduado, o Plano de Estudos do MIM não a contemplava diretamente, como confirmado também por professores e estudantes entrevistados. De fato, são muito poucas as iniciativas existentes internacionalmente nesse âmbito. No entanto, a existência de Unidades Curriculares que tratavam de tópicos afins àqueles considerados de grande relevância pelas principais diretrizes da área, faz-nos vislumbrar uma possibilidade de inserção no currículo formal das principais dinâmicas que afetam a saúde dessa população.

Apesar da elevada prevalência de imigrantes em Portugal, especificamente também em Coimbra, a grande maioria dos estudantes referiu haver pouco ou nenhum contato com estes em âmbito assistencial ao longo da trajetória formativa. Dois entrevistados que estavam inseridos em centros de saúde pelo estágio da disciplina de Medicina Geral e Familiar foram as exceções. Percebeu-se grande incremento da complexidade da perspectiva e das reflexões sobre o tema a partir dessa experiência, o que reforça a importância do foco do aprendizado a partir da prática.

As entrevistas revelaram que, de forma geral, os estudantes se sentiam inseguros e pouco preparados para lidar com possíveis “particularidades”, especialmente referentes ao âmbito cultural e linguístico, dos pacientes imigrantes. Estas eram, muitas vezes, nomeadas como “barreiras” ou “entraves” que dificultavam o fluir habitual dos atendimentos. Apesar da falta de abordagem de questões de ordem estritamente biomédica, foram as de natureza relacional e comunicacional as mais evocadas como desafiadoras pelos entrevistados. Incluir a diversidade dentro da dinâmica assistencial demonstrou-se, assim, ser o ponto mais sensível ao contemplar o cuidado a essa população.

Algumas orientações mencionadas pelos discentes, trabalhadas visando a população geral ou algumas minorias pontualmente contempladas, ganharam destaque nos discursos como contribuições indiretas dadas por algumas disciplinas. Entre eles, o “tratar todos de maneira igual”, o “adequar-se ao paciente”, o “colocar-se no lugar do outro” e o “não julgar” foram generalizadamente trazidos à tona. Apesar de incorporadas aos discursos, essas concepções humanísticas não evitaram a existência de conflitos quando os estudantes se vislumbravam perante a diversidade. Chamaram à atenção também por evocarem conceitos muitas vezes contraditórios entre eles e com a proposta que inicialmente

portavam, contribuindo, a nosso ver, com a grande dificuldade que os discentes apresentavam ao tentar transpô-los para a prática real.

Assim, como possível sugestão à implantação da temática da saúde do imigrante na graduação médica, recomendamos, à priori, a retificação desses conceitos, sendo impossível, em nossa opinião, a construção de uma abordagem profundamente fundamentada e eficaz sem que se tenham em conta princípios que permeiam o ensino médico em geral. O foco em questões de âmbito relacional e comunicacional são primordiais. O incremento das experiências práticas e a não restrição do tema a uma disciplina isolada também parecem ser caminhos válidos nessa direção.

A presente pesquisa abre espaço para importantes reflexões no âmbito da formação médica e a reconhecida necessidade de se contemplar o impacto do fenômeno migratório nos sistemas sanitários. Este processo, por sua vez, não deve ser visto através de uma ótica emergencial e pontual pelas escolas médicas, mas como parte de uma transformação consistente, que requer o preparo dos futuros médicos para atuar em uma sociedade multicultural. A partir do que foi apresentado, esperamos, portanto, que fique marcada a relevância da temática e que se abram espaços para transformações e futuras e mais abrangentes investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afkhami, A. A. (2016). Can academic medicine lead the way in the refugee crisis? *Academic Medicine*, 91(12), 1595-97. doi: 10.1097/ACM.0000000000001427
- Alarcon, R.D., Bell, C.C., Kirmayer, L.J., Lin, K.M., Ustun, B., & Wisner, K.L. (2002). Beyond the funhouse mirrors: Research agenda on culture and psychiatric diagnosis. In K.J. Kupfer, M.B. First, & D.A. Regier (Eds.), *A Research Agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association.
- ANEM, Associação Nacional dos Estudantes de Medicina. (2015). *Programa de formação médica pré-graduada: condições de acesso, ensino e avaliação*. Retrieved outubro de 2018, from http://anem.pt/files/documents/forma_o_m_dica_pr_graduada_condi_es_de_acesso_e_nsino_e_avalia_o.pdf
- Aragona, M., Rovetta, E., Pucci, D., Spoto, J. & Villa, A.M. (2012). Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethnic Health*, 17(5), 477-91. doi: 10.1080/13557858.2012.661406
- Asgary, R., Saenger, P., Jophlin, L. & Burnett, D. C. (2013). Domestic global health: a curriculum teaching medical students to evaluate refugee asylum seekers and torture survivors. *Teaching and Learning in Medicine*, 25(4), 348-357. doi: 10.1080/10401334.2013.827980
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauman, Z. (2016). *Stranieri alle Porte*. Bari: Laterza.
- Boehnlein, J. K., Leung, P. k. & Kinzie, J. D. (2008). Cross- cultural Psychiatric Residency Training: the Oregon experience. *Academic Psychiatry*, 32(4), 299-305. doi: 10.1176/appi.ap.32.4.299
- Boerleider, A.W., Francke, A.L., van de Reep, M., Manniën, J., Wieggers, T.A. & Devillé, W.L.J.M. (2014). “Being flexible and creative”: A qualitative study on maternity care assistants’ experiences with non-western immigrant women. *PLOS ONE*, 9(3), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0091843
- Bonet, O. (2004). *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brämberg, E. B., Nyström, M. & Dahlberg, K. (2010). Patient participation: A qualitative study of immigrant women and their experiences. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 5(1). doi:10.3402/qhw.v5i1.4650

- Camargo Jr, K. R. (2003). *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Chang, E., Simon, M. & Dong, X. (2012). Integrating cultural humility into health care professional education and training. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 17(2), 269-78. doi: 10.1007/s10459-010-9264-1
- Cross, W.M. & Bloomer, M.J. (2010). Extending boundaries: Clinical communication with culturally and linguistically diverse mental health clients and carers. *Internacional Journal of Mental Health Nursing*, 19, 268-77. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00667.x
- De Simone, A. (2010). *Sobre um conceito integral de empatia: intercâmbios entre filosofia, psicanálise e neuropsicologia* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). Retrieved abril de 2019, from https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-30072010-100914/publico/simone_do.pdf
- Dias, S., Gama, A., Silva, A.C., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M. & Martins, M.O. (2018). *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes* [PDF]. Retrieved outubro de 2018, from <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+%2362.pdf/8c3cb667-418b-4a63-9c2f-937c9dcad0cb>
- Drewniak, D., Krones, T. & Wild, V. (2017). Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 7, 89-98. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015
- Dussán, K. B., Galbraith, E. M., Grzybowski, M., Vautaw, B. M., Murray, L. & Eagle, K. A. (2009). Effects of a refugee elective on medical student perceptions. *BMC Medical Education*, 9(15), 1-8. doi: 10.1186/1472-6920-9-15
- Duvivier, R., Mansouri, M., Iemmi, D. & Rukavina, S. (2010). Migrants and the right to health: the students' perspective. *The Lancet*, 375 (9712), 376. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60164-X
- Eiset, A. H. & Wejse, C. (2017). Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers – current status and going forward. *Public Health Reviews*, 38(22), 1-16. doi: 10.1186/s40985-017-0065-4

- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso a cuidados de saúde por imigrantes*. Retrieved novembro de 2017, from https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1473/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes.pdf
- Farley, R., Askew, D. & Kay, M. (2014). Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. *Australian Journal of Primary Health*, 20, 85-91. doi: 10.1071/PY12068
- FitzGerald, C. & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18 (19), 1-18. doi: 10.1186/s12910-017-0179-8.
- FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. (2013). *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*. Retrieved outubro de 2018, from https://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf
- General Medical Council. (2017). *Generic professional capabilities framework*. Retrieved outubro de 2018, from https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/generic-professional-capabilities-framework--0817_pdf-70417127.pdf
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Governo de Portugal. (2015). Plano Estratégico para as Migrações. Retrieved outubro de 2018, from http://www.programaescolhas.pt/_cf/364724
- Gregg, J. & Saha, S. (2006). Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. *Academic Medicine*, 81(6), 542-547.
Doi:10.1097/01.ACM.0000225218.15207.30
- Gulland, A. (2015). Refugees pose little health risks, says WHO. *BMJ*, 351, 1.
Doi:10.1136/bmj.h4808.
- Hacker, K., Anies, M., Folb, B.L. & Zallman. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 175-83.
doi: 10.2147/RMHP.S70173
- Han, B. (2018). *A Expulsão do Outro: sociedade, percepção e comunicação hoje*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Hasnain, M., Connell, K.J., Menon, U. & Tranmer, P.A. (2011). Patient-centered care for muslim women: provider and patient perspectives. *Journal of Women's Health*, 20(1), 73-83. doi: 10.1089/jwh.2010.2197

- Higginbottom, G.M., Safipour, J., Yohani, S., O'Brien, B., Mumtaz, Z., Patom, P. ... Barolia, R. (2016). An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(20), 1-15. doi: 10.1186/s12884-015-0773-z
- Hoye, S. & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 338-48. doi: 10.1016/j.iccn.2008.03.007
- Hudelson, P., Perron, N. J. & Perneger, T. V. (2010). Measuring physicians' and medical students' attitudes toward caring for immigrant patients. *Evaluation & the Health Professions*, 33(4), 452-72. doi: 10.1177/0163278710370157
- IOM, International Organization for Migration. (2018). *Who is a migrant?* Retrieved outubro de 2018, from <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>
- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J. ... Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*, 183(12), E959-E967. doi: 10.1503/cmaj.090292
- Kirmayer, L.J., Rousseau, C., Jarvis, G. E., & Guzder, J. (2008). The cultural context of clinical assessment. In A. Tasman, M. Maj, M. B. First, J. Kay & J. Lieberman (Eds.), *Psychiatry* (pp. 54-66). New York: John Wiley & Sons.
- Kleinman, A., Das, V. & Lock, M. (1997). Introduction. In A. Kleinman, V. Das & M. Lock (Eds.), *Social Suffering* (pp. ix- xxvii). Oakland: University of California Press.
- Knipper, M., Akinci, S. & Soydan, N. (2010). Culture and healthcare in medical education: migrants' health and beyond. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 27(3), 1-6. doi:10.3205/zma000678
- Knipper, M., Seeleman, C & Essink-Bot, M. L. (2010). How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for systematic training in cultural competence. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 27(2), 1-5. doi: 10.3205/zma000663
- Komarcic, N., Bedford, S. & van Driel, M.L. (2012). Two sides of the coin: patient and provider perceptions of health care delivery to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *BMC Health Services Research*, 12(322), 1-14. doi: 10.1186/1472-6963-12-322

- Lau, M. P., Woodward-Kron, R., Livesay, K., Elliott, K. & Nicholson P. (2016). Cultural respect encompassing simulation training: being heard about health through broadband. *Journal of Public Health Research*, 26(5), 657. doi: 10.4081/jphr.2016.657
- LCME, Liaison Committee on Medical Education. (2018). *Functions and structure of a medical school: standards for accreditation of medical school programs leading to the MD degree*. Retrieved outubro de 2018, from <http://lcme.org/publications/>
- Littlewood, R. & Dein, S. (2000). Introduction. In R. Littlewood & S. Dein (Eds.), *Cultural Psychiatry and Medical Anthropology: an introduction and reader* (pp.1-34). London: The Athlone Press.
- Lu, P., Tsai, J. & Tseng, S.Y.H. (2014). Clinical teacher's perspectives on cultural competence in medical education. *Medical Education*, 48, 204-14. doi: 10.1111/medu.12305
- Luz, M. T. (1988). *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2005). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Michaelis. (2018). *A mais completa linha de dicionários do Brasil*. Retrieved outubro de 2018, from <https://michaelis.uol.com.br/>
- Migration Data Portal, The Bigger Picture. (2018). *Total number of international migrants*. Retrieved outubro de 2018, from https://migrationdataportal.org/?i=stock_abs_&t=2017&cm49=620
- Nicholas, D.B., Hendson, L. & Reis, M.D. (2014). Connection versus disconnection: Examining culturally competent care in the neonatal intensive care unit. *Social Work in Health Care*, 53(2), 135-55. doi: 10.1080/00981389.2013.864377
- ONU, Organização das Nações Unidas. (2015). *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Retrieved outubro 2018, from <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>
- Peres, C.M., Andrade, A.S., Garcia, S.B. (2007). Atividades Extracurriculares: Multiplicidade e Diferenciação Necessárias ao Currículo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(3), 203-211.
- PORDATA, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2018). *Número dos municípios e regiões de Portugal, quadro-resumo: Coimbra*. Retrieved outubro de 2018, from [https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Coimbra+\(Munic%C3%ADpio\)-232939](https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Coimbra+(Munic%C3%ADpio)-232939)

- Portaria nº79/2018. (16 de março de 2018). Dispõe sobre o novo regulamento do internato médico. *Diário da República*, nº54, Lisboa.
- Puvimanasinghe, T., Denson, L.A., Augoustinos, M. & Somasundaram, D. (2015). Vicarious resilience and vicarious traumatisation: Experiences of working with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 743-65. doi: 10.1177/1363461515577289
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M. & Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23, S49-S58. doi: 10.1016/S0924-9338(08)70062-2
- Rességuier, A. (2018). The moral sense of humanitarian actors: an empirical exploration. *Disasters*, 42(1), 62-80. doi: 10.1111/disa.12234.
- Santonocito, G.G. (2017). Profili sanitari della gestione dei flussi migratori in Sicilia: la risposta della Sanità Siciliana: “Anello sanitario” e “Diagnosi in Banchina”. Retrieved outubro de 2018, from <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5767753.pdf>
- Santos, B.S., Almeida Filho, N. A. (2008). *Universidade no século XXI: para uma universidade nova*. Coimbra: Almedina.
- SEF, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2017). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo*. Retrieved outubro de 2018, from <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf>
- SEFSTAT, Portal de Estatísticas do SEF. (2018). *Estrangeiros residentes em: Coimbra*. Retrieved outubro de 2018, from <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>
- Sen, A. (2007). *Identidade e Violência: A ilusão do destino*. Lisboa: Tinta-da-china.
- Shtarkshall, R.A., Baynesan, F. & Feldman, B.S. (2009). A socio-ecological analysis of Ethiopian immigrants’ interactions with the Israeli healthcare system and its policy and service implications. *Ethnicity & Health*, 14(5), 459-78. doi: 10.1080/13557850902890522
- Simich, L. & Andermann, L. (2014). *Refuge and Resilience: promoting resilience and mental health among resettled refugees and forced migrants*. Springer. Retrieved novembro de 2017, from <https://www.springer.com/gp/book/9789400779228>
- Siqueira, S. A. V, Hollanda, E. & Motta, J. I. J. (2017). Políticas de promoção da equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1397-1406. doi: 10.1590/1413-81232017225.33552016

- report by the Secretariat*. Retrieved outubro de 2018, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274829/A70_24-n.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO, World Health Organization. (2017b). *Proposed health component: global compact for safe, orderly and regular migration*. Retrieved outubro de 2018, from <https://www.who.int/migrants/about/health-component-GCM.pdf?ua=1>
- WHO, World Health Organization. (2018). *Refugee and migrant health*. Retrieved outubro de 2018, from <http://www.who.int/migrants/about/en/>
- WHO, World Health Organization. (2019). *What is the WHO definition of health?* Retrieved maio de 2019, from <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- WHO Europe Region, World Health Organization Regional Office for Europe. (2012). *Health 2020: a european policy framework and strategy for the 21st century*. Retrieved outubro de 2018, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf
- WHO Europe Region, World Health Organization Regional Office for Europe. (2014). *Portugal: assessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants*. Retrieved outubro de 2018, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/265012/Portugal-assessing-health-system-capacity-to-manage-sudden-large-influxes-of-migrants.pdf?ua=1
- WHO Europe Region, World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO Europe Region*. Retrieved outubro de 2018, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1
- WHO European Region, World Health Organization Regional Office for Europe. (2018). *Health of refugees and migrants: practices in addressing the health needs of refugees and migrants*. Retrieved outubro de 2018, from <https://www.who.int/migrants/publications/EURO-Practices.pdf?ua=1>
- WHO Europe Region, World Health Organization Regional Office for Europe. (2019). *Migration and health: key issues*. Retrieved março de 2019, from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292117>

ANEXO

TABELA 1

CIÊNCIAS CLÍNICAS	CIÊNCIAS SOCIAIS E COMPORTAMENTAIS	POLÍTICAS INSTITUCIONAIS
SAÚDE MENTAL Inclui: frequente presença de sintomas psíquicos; somatização; situações de violência; trauma; tortura.	SAÚDE PÚBLICA Inclui: presença da temática da imigração das discussões sobre o tema; prevenção de doenças e promoção de saúde; determinantes sociais da saúde; equidade da assistência; empoderamento e participação social.	PROPOSTAS FORMATIVAS
SAÚDE DA CRIANÇA	COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS	PESQUISA
	RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	
SAÚDE DA MULHER Inclui: saúde reprodutiva; violência de gênero; mutilação genital.	CUIDADO CENTRADO NA PESSOA	PARCERIAIS INSTITUCIONAIS
	DIVERSIDADE CULTURAL, LINGUÍSTICA, ÉTNICA E RELIGIOSA	
SAÚDE OCUPACIONAL	CONCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	PARCERIAIS INSTITUCIONAIS
	CONCEPÇÕES REFERENTES AO MODELO BIOMÉDICO	
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	CONHECIMENTO LEGISLATIVO SOBRE O TEMA	ROTINA DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA
	COMBATE ATIVO À DISCRIMINAÇÃO, À XENOFOBIA, AO RACISMO E À ESTIGMATIZAÇÃO	