

Saúde & Transformação Social

Health & Social Change



Metassínteses Qualitativas e Revisões Integrativas

Vulnerabilidades no Acesso à Saúde por Migrantes no Brasil e América do Sul: Revisão Integrativa

Migrants Vulnerability in Accessing Healthcare in Brazil and South America: Integrative Review

Anna Silvia Penteadó Setti da Rocha¹
Caroline Filla Rosaneli²
Thiago Rocha da Cunha²
Tatyana Scheila Friedrich³

¹ Universidade Tecnológica Federal do Paraná

² Pontifícia Universidade Católica do Paraná

³ Universidade Federal do Paraná

Resumo: O objetivo do presente trabalho é verificar, por meio da revisão de literatura, quais são as barreiras e vulnerabilidades encontradas no acesso à saúde por migrantes no Brasil e na América do Sul. A metodologia empregada foi a revisão integrativa e a avaliação crítica dos resultados encontrados, pela perspectiva da bioética. Encontramos populações de origem boliviana e peruana na grande maioria, tendo como destino o Brasil e Chile, sendo estes imigrantes, adultos jovens, de ambos os sexos, com escolaridade secundária, com grande presença no serviço público de saúde, principalmente na atenção primária, mas sem políticas públicas específicas para esta população a fim de garantir o acesso igualitário, respeitando as diferenças socioeconômicas e culturais. Atenção especial deve ser dada a políticas públicas de saúde, garantindo seu acesso universal e respeito a dignidade humana.

Palavras-chave: Saúde Pública, Migrantes, América do Sul.

Abstract: The objective of the present study is to verify, through the literature review, the barriers and vulnerabilities found in the access to health services by migrants in Brazil and South America. The methodology used was the integrative review, and the critical evaluation of the results, from the bioethics perspective. In the great majority of cases, we found Bolivians and Peruvians population, with Brazil and Chile as destination, mostly composed by young adults, of both sexes, with secondary schooling, with great presence in the public health service, mainly in primary health care. On the other hand, there are not specific public policies for this population in order to guarantee equal access, with respect to socioeconomic and cultural differences. Special attention should be given to public health policies, guaranteeing their universal access and respect for human dignity.

.Keywords: : Public Health, Migrants, South America.

1. Introdução

No Brasil, o acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS) é garantido pela Constituição Federal¹, ao estabelecer que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, dispositivo que se estende aos migrantes, por estarem amparados pelo seu artigo 5º, que trata dos direitos fundamentais, individuais e coletivos, sem distinguir nacionais e estrangeiros residentes no Brasil. O artigo 196, por sua vez, além de reiterar a abordagem da saúde como um direito de todos, põem expressamente o que deve ser incluído no rol dos deveres do Estado, exigindo a adoção de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Entretanto, na vida cotidiana, as iniquidades em saúde estão relacionadas diretamente às populações mais vulneradas, sendo que a priorização da assistência especializada frente a

básica é vista como fator agravante para as disparidades encontradas no Brasil, num claro desrespeito aos princípios constitucionais.

A estigmatização, o racismo e a xenofobia, especialmente em relação a essa população, são outras barreiras morais que intensificam suas dificuldades em relação ao acesso a saúde, a sua prevenção, acompanhamento e promoção, violando diversos outros pressupostos de Direitos Humanos, especialmente aqueles indicados na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, publicada pela UNESCO². E tal declaração se aplica aos países sul-americanos, exatamente onde a situação dos serviços de saúde também são precários, conforme será exposto no presente trabalho.

2. Objetivos

Verificar, por meio da revisão de literatura, quais são as barreiras encontradas no acesso à saúde por migrantes no Brasil e na América do Sul contribuindo para uma maior vulnerabilidade no processo migratório.

3. Percurso metodológico

Foi realizada uma revisão integrativa de acordo com Souza; Silva; et al³ seguindo as seguintes fases:

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora: Quais são as barreiras e vulnerabilidades encontradas pelos imigrantes no acesso a saúde no Brasil e nos demais países da América do Sul

2ª Fase: busca na literatura. Na estratégia de busca, foram selecionadas as seguintes bases de dados com os seguintes descritores e filtros (Tabela 1).

Tabela 1: Base de dados e descritores utilizados para a pesquisa.

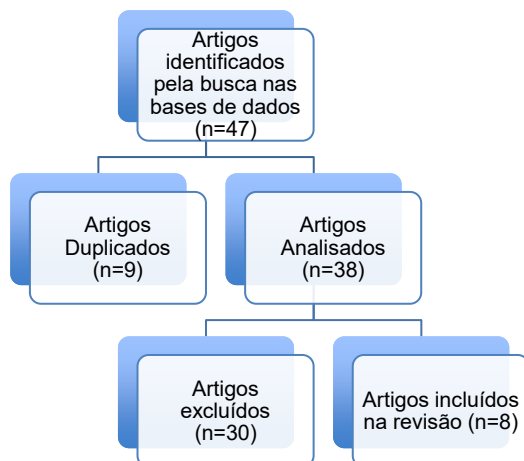
BVS	Assunto selecionado: Acesso aos Serviços de Saúde. Assunto principal: Emigrantes e Imigrantes. País/Região como assunto: América do Sul
Scholar Google	Acesso saúde imigrantes [no título]
PubMed	((Immigrants[Title/Abstract]) AND health care[Title/Abstract]) AND south america[Title/Abstract]
PubMed	((Immigrants[Title/Abstract]) AND health care[Title/Abstract]) AND brazil[Title/Abstract]
PubMed	((Immigrants[Title/Abstract]) AND health care[Title/Abstract]) AND chile[Title/Abstract]

As demais fases: 3ª (coleta de dados), 4ª (análise crítica dos estudos incluídos), 5ª (discussão dos resultados) e 6ª (apresentação da revisão integrativa), foram apresentadas nos resultados e discussão.

4. Resultados e discussão

Com base na estratégia de busca desenvolvida, foram encontrados no total 47 artigos, sendo 12 na BVS, 10 na Scholar Google e 25 na PubMed utilizando diferentes descritores (**Figura 1**).

Figura 1- Síntese da estratégia de busca utilizada na pesquisa para as diferentes bases de dados selecionadas



O total de artigos selecionados foram 8, sendo excluídos 39 artigos. Os motivos da exclusão foram: artigos repetidos, imigrantes fora da América do Sul e outros temas de pesquisa.

Verificando o país de origem e país de destino dos imigrantes, encontramos rotas para o Chile e Brasil, sendo a origem dos imigrantes bolivianos e peruanos, na grande maioria, mas também argentinos e equatorianos. Especificamente sobre profissionais de saúde imigrantes encontramos em maior número os canadenses. Quanto observamos o perfil social e escolaridade temos um grande número de jovens, ambos os sexos, com ensino médio completo (Tabela 2).

Tabela 2- Verificação da origem e destino, perfil social e escolaridade dos imigrantes.

n. do Artigo	País de Origem do Imigrante	País de Destino do Imigrante	Perfil Social	Escolaridade
1	Bolivianos	São Paulo, Brasil	Adultos jovens, ambos os sexos, solteiros.	Ensino médio.
2	Peru, Argentina, Equador, Bolívia, Outros	Chile	Adultos jovens, ambos os sexos, casados	Ensino médio (33,0-30,7% de 2006-2009) Universitário (27.3 - 35.7% de 2006 para 2009)
3	Bolivianos	São Paulo, Brasil	Adultos jovens (75%), masc.(62%)-casos de tuberculose 2006-2008	Ensino médio (47.8%)
4	Peru (96.8%)	Santiago, Chile	Adultos jovens mulheres(78.7%), com parceiro (51.4%)-pacientes da unidade de saúde pública.	Ensino médio 65%
5	Arco Sul e Arco Central	Fronteira Brasil (RS,SC,PR,MS)	Estrangeiros com família residente no Brasil (66%)	X
6	Bolivianos	São Paulo, Brasil	74% mulheres, jovens, casadas 70%, com filhos 74% (selecionadas intencionalmente para a pesquisa)	Ensino médio 48%
7	Perú(55%), Colômbia(12%),	Santiago, Chile	74% homens, jovens, 62% homossexuais (estudo de HIV)	45% ensino médio
8	48% Canadá, 45%	Chile	81% homens, adultos<65anos, 81%	45% ensino

	América Latina(18% equador)prof. Saúde		casados.	superior 27% nível técnico
--	----------------------------------------	--	----------	-------------------------------

Comparando novamente as nacionalidades e países de destino encontramos em grande maioria imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, Brasil e imigrantes peruanos na cidade de Santiago, Chile. Predominou o perfil de adulto jovem, de ambos os sexos, solteiros no Brasil e casados no Chile. A imigração de profissionais de saúde canadense no Chile possui em maioria ensino superior ou ensino técnico.

Sobre o acesso a saúde pública, predominou-se positivamente os bolivianos na cidade de São Paulo. Os imigrantes tendo como país de destino o Chile tiveram uma redução de suporte médico público quando comparado ao Brasil. O tipo de serviço público de saúde utilizado foi a atenção primária. A utilização da farmácia no Brasil, especificamente nas cidades fronteiriças, ultrapassou a assistência primária. A utilização de planos de saúde privado por imigrantes no Brasil é insignificante, já no Chile houve um aumento a partir de 2009 e nos casos de profissionais de saúde imigrantes no Chile menos da metade desta população possui os planos privados (Tabela 3).

Tabela 3- Acesso a saúde e assistência pública e privada dos imigrantes.

N. do Artigo	Serviço Público de Saúde Utilizado	Plano de Saúde Privado	Suporte Médico
1	Saúde primária 66.1%. Emergência 6.4% Farmácia 10.5%	3.2%-4.5% sim	80.7% sim
2	Cuidado preventivo adulto/idoso 28.3-19.2% (2006-2009) Cuidados Ginecológicos 16.3-24% (2006-2009)	1.97%(2006) 21.95% (2009)	39.1-40.8% (2006-2009) público-privado
3	Saúde primária 63.3% na detecção da TB	X	X
4	Saúde primária	0.3% (2007-2008)	64.5% (2007-2008) público-privado
5	Farmácia 62.3% Saúde primária 60.3%	x	70.8% dos estrangeiros de fronteira busca atendimento no SUS
6	Saúde primária (parto, vacinação, pediatria)	X	61% vacinação H1N1 39% hospital para parto
7	Hospital Universitário (portadores HIV)	X	Serviço público de saúde (HIV)
8	X	30%	51% sem direito à assistência médica pública integral

Verificando a autopercepção de saúde dos imigrantes, foram encontrados apenas três artigos, sendo que no Brasil esta avaliação é ruim e no Chile é boa. Em relação ao emprego, a grande maioria encontra-se empregada, estando os bolivianos nas indústrias têxteis e os profissionais de saúde no Chile em atuação autônoma (Tabela 4). Sobre os bolivianos, o nível de escolaridade no país de origem aponta para uma maioria de indivíduos com escolaridade secundária, o que deveria permitir uma melhor posição no mercado de trabalho, mas o mercado não os absorve totalmente, possivelmente por barreira da linguagem, ou a existência de um ímã para esse fluxo migratório para o trabalho na confecção de roupas⁴.

Tabela 4- Autopercepção de saúde e emprego entre os imigrantes.

N. do Artigo	Emprego	Autopercepção de Saúde
1	86.3% empregado. 45.9% autônomos sem empresa	72.8% ruim
2	Empregado no sistema privado 54.2-54.1% (2006-2009). Com contrato 70.8-30.5% (2006-2009)	X
3	94.5% empregados (nos casos de TB)	X

4	X	49,3% Boa
5	X	X
6	70% indústria de confecção	X
7	X	X
8	57.5% autônomo 24% serviço público	89.5% Boa

Os dados mostram que os imigrantes na América Latina dependem quase exclusivamente da saúde pública e que enfrentam barreiras individuais, socioculturais, econômicas, administrativas e políticas quando usam os serviços de saúde. A oferta de cuidados de saúde deve ser garantida aos imigrantes em serviços estruturados que permitam o acesso e acolhimento de grupos com conceitos e práticas de saúde que são normalmente diferentes do contexto sociocultural no país de destino, respeitando a igualdade de acesso para igualdade de necessidades^{4,5}.

A construção de censos demográficos é de extrema importância, assim como pesquisas com questões específicas sobre imigração. Além disso, políticas públicas intersetoriais são necessárias para facilitar a integração dos imigrantes na sociedade brasileira⁶. A melhoria do acesso desta população aos serviços, pode ser feita com bons programas de saúde direcionados para os imigrante^{6,7}.

Nas regiões de fronteira, a atenção a políticas de saúde deve ser redobrada, pois a pretensão de constituição de mercado comum intensifica o fluxo de pessoas e gera tensões e novos desafios para os sistemas de saúde das cidades lindeiras, sobrecarregando o sistema único de saúde (SUS) e não garantindo a continuidade do atendimento necessário para a população estrangeira. Dessa forma, a agenda da integração regional, incluído o Mercosul, deve incluir não só aspectos econômicos mas também sociais para a garantia do direito universal à saúde nestas regiões⁸.

O Mercosul surgiu em 1991 através do Tratado de Assunção, que prevê a constituição de um Mercado Comum em seu título mas que só trata na sua parte dispositiva da meta de atingir o estágio de uma Zona de Livre Comércio, com adoção de uma tarifa externa comum (TEC), formando portanto, uma União Aduaneira, que na prática ainda é imperfeita. Entretanto, a entrada em vigor de um Acordo de residência estimulou a circulação não só dos bens mas também das pessoas, o que acarreta, inevitavelmente, a procura por serviços de saúde.

A área específica da saúde no âmbito do Mercosul é competência da Reunião de Ministros de Saúde, que tem por objetivo coordenar as políticas sanitárias e elaborar de programas conjuntos de proteção e assistência. Em 1997, foi criado o Subgrupo de Trabalho Saúde (SGT11), que conta com três comissões: Vigilância em Saúde, Produtos para a Saúde e Serviços de Atenção à Saúde. Além disso, há onze Subcomissões que definem diretrizes e ações articuladas entre as instâncias governamentais, organizações sociais e organismos internacionais nas seguintes áreas: Controle do Tabaco, Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde Ambiental e do Trabalhador, Controle do HIV-Aids, Doação e Transplantes de Órgãos, Doenças Transmissíveis; Vigilância e Controle do *Aedes Aegypti*, Regulamento Sanitário Internacional, Políticas de Medicamentos, Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde e Determinantes Sociais em Saúde. É muito importante que essa estrutura incorpore o tema da migração.

Diante das percepções decorrentes do presente estudo, faz-se necessária a implantação efetiva das decisões tomadas por tais instâncias supranacionais, de modo a equalizar assimetrias havidas na prestação de serviços de saúde entre os diversos Estados, a fim de que não se sobrecarregue determinados países e de que haja uma continuidade e acompanhamento real pelos profissionais de saúde, em relação aos nacionais e aos migrantes. E tal abordagem deve ser estendida para além do Mercosul, incluindo outros processos de integração.

Os Estados Nacionais enfrentam dificuldades para legitimar, perante a sociedade e seus representantes, o aumento de investimentos na área da saúde em valores suficientes para alcançar parâmetros de equidade, entre nacionais e imigrantes. Devido a mudança de rotas migratórias na América do Sul, os países receptores devem desenvolver políticas com o propósito de gerir os fluxos, proteger direitos humanos e sociais dos migrantes^{9,10}.

Sobre a atuação dos profissionais de saúde imigrantes, a perda de pessoal qualificado em saúde nos países menos desenvolvidos para os mais desenvolvidos é susceptível de ter um impacto extremamente negativo sobre o sistema de cuidados de saúde desses países, mostrando então que os padrões de migração estão profundamente ligados à dinâmica econômica, social e política, tanto a nível nacional como global¹¹.

5. Limitação do estudo

A dificuldade em se encontrar fontes bibliográficas, quanto ao tema e a sua limitação espacial, gerou inevitavelmente algumas limitações percebidas e discutidas pelos autores, a seguir apontadas: tamanho da amostra, falta de dados complementares que ajudariam a comprovar as hipóteses testadas, comparação dos resultados obtidos com a literatura e exposição de estudos concordantes e discordantes.

6. Considerações finais

Existe grande necessidade da utilização dos serviços de saúde pela população imigrante, realidade que se verificou em todos os países identificados neste estudo. Com a mudança de rota da imigração na América do Sul, principalmente no Brasil, faz-se necessário repensar aspectos políticos, econômicos e sociais que possibilitem a acessibilidade desta população aos serviços de saúde de maneira eficaz, promovendo equidade e respeitando, no caso do Brasil, a própria Constituição e os Direitos Humanos.

Em um momento em que sistema de saúde brasileiro é ameaçado por políticas fiscais restritivas, defender a saúde como direito humano universal implica em defender o interesse de todos aqueles que se encontram em solo nacional, incluindo brasileiros, estrangeiros ou refugiados.

7. Referências Bibliográficas

1. Brasil. Constituição Federal de 1988 [Internet]. Presidência da República. 1988. p. 1–123. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
2. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. O mundo da saúde [Internet]. 2005;455–60. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Declara??o+Universal+so+bre+Bio?tica+e+Direitos+Humanos#6>
3. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8(1):102–6.
4. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants. Int J Equity Health. 2012;1–16.
5. Martinez VN, Komatsu NK, De Figueredo SM, Waldman EA. Equity in health: Tuberculosis in the Bolivian immigrant community of São Paulo, Brazil. Trop Med Int Heal. 2012;17(11):1417–24.
6. Silveira C, Carneiro Junior N, Ribeiro MCS de A, Barata R de CB. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. Cad Saude Publica [Internet]. 2013;2017–27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000018&lang=pt
7. Rojas G, Fritsch R, Castro A, Guajardo V, Torres P, Díaz B. Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante TT - Mental disorders among immigrants in Chile. Rev Med Chil [Internet]. 2011;139(10):1298–304. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000008&lang=pt
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n10/art08.pdf>

8. Giovanella L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damacena GN. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2):251-266.
9. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde Soc*. 2013;22(2):351-364.
10. Rodríguez MF, Wolff M, Cortés C. Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en inmigrantes latinoamericanos versus chilenos: estudio comparativo en un centro de atención de Santiago a partir de registros de 2003-2013. *Rev Chil infectología* [Internet]. 2015;32:72-80. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
11. Cabieses B, Tunstall H. Immigrant health workers in Chile: is there a Latin American "brain drain"? *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012;32(2):161-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23099879>

Artigo Recebido: 02.08.2017

Aprovado para publicação: xx.xx.20xx

Anna Silvia Penteadro Setti da Rocha

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Av. Sete de Setembro, 3165 - Rebouças, Curitiba - PR

80230-901, Brasil.

Email: annaprocha@gmail.com
