



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



ARTIGO

Acesso aos serviços de saúde pelas populações migrantes: revisão sistemática

1) **Estudante: Camila Miyashiro**

Correio eletrônico: camilamiyashiro@hotmail.com

Curriculum vitae/base CNPq-Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/3616236537751672>

2) **Professor orientador: Paulo Gilvane Lopes Pena**

Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Correio eletrônico: pena@ufba.br

3) **Comissão Revisora:**

▪ **Professor Paulo Gilvane Lopes Pena – Orientador**

Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Correio eletrônico: pena@ufba.br

▪ **Professora Ana Angélica Martins da Trindade**

Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Correio eletrônico: angélica.ana@gmail.com

▪ **Professora Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**

Departamento de Saúde Coletiva I do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Correio eletrônico: analuvilas@gmail.com

Salvador (Bahia)
2018

RESUMO

Esta pesquisa estudou sobre o acesso aos serviços de saúde pelas populações migrantes, com análise de artigos relacionados a migrantes no Brasil e/ou brasileiros em situação migrante. O valor deste estudo encontra respaldo na sua relevância mundial: estima-se que, em 2015, já existiam 244 milhões de migrantes internacionais no mundo, com inquestionável impacto para a saúde dessas populações e para a saúde pública. **Objetivos:** Pesquisou-se sobre o acesso aos serviços de saúde pelas populações migrantes, buscando identificar, também, as possíveis barreiras nesse acesso e os principais problemas relacionados à qualidade da assistência. **Metodologia:** Revisão sistemática de artigos publicados nas bases de dados PubMed, BVS e SciELO, no período entre 2003 e 2018. A busca resultou em 776 itens, com seleção de 32 artigos para análise e síntese qualitativa. **Resultados:** A migração é indicada como importante fator de risco para doenças infectocontagiosas, devido à associação a riscos ambientais, ocupacionais, socioeconômicos e culturais. Pela intensa exposição a inseguranças e iniquidades, também são populações mais propícias a doenças crônicas. A maioria dos artigos apontou relevante associação entre processos migratórios e impactos na saúde mental, com vulnerabilidades para sofrimento mental, psicopatologias e uso prejudicial de álcool e outras drogas. As mulheres, devido a maiores riscos para violências e sofrimentos relacionados à perda/separação de suas crianças, somados às adversidades do cotidiano e acúmulo de responsabilidades no lar e no trabalho, enfrentam maiores dificuldades em acessar serviços e cuidar da própria saúde, expressando altos níveis de adoecimentos. Referente aos refugiados, as vivências no decorrer das fases migratórias podem expor a variados níveis de desafios, violências, sofrimentos e demandas específicas, as quais muitas vezes não são adequadamente atendidas. Relações entre migração e trabalho são citadas na maioria dos artigos. Em grande parte, o trabalho é associado a importante fator de risco à saúde, devido a condições ocupacionais insalubres, propiciando o desenvolvimento de sofrimentos e doenças. **Conclusão:** As principais dificuldades no acesso aos serviços de qualidade são relacionadas a barreiras culturais e linguísticas; desconhecimento dos seus direitos e do funcionamento dos serviços; ausência de estrutura adequada, articulação e ações resolutivas nos serviços; racismo e discriminações; despreparo institucional e profissional na assistência; e falta de políticas e ações governamentais que garantam plenamente os direitos aos migrantes e assegurem o acesso a serviços de saúde, condições adequadas de trabalho, habitação e educação.

Palavras chaves: 1. Migração humana; 2. Emigração e imigração; 3. Migração interna; 4. Serviços de saúde.

ABSTRACT

This research studied the access to health services by migrant populations, with an analysis of articles related to migrants in Brazil and/or Brazilians in a migrant situation. The value of this study is supported by its worldwide relevance: in 2015, it is estimated that there were already 244 million international migrants in the world, with unquestionable impact on the health of these populations and on public health. **Objectives:** It was researched about the access to health services by the migrant populations, also trying to identify the possible barriers in this access and the main problems related to the quality of care. **Methodology:** Systematic review of articles published in the PubMed, BVS and SciELO databases, between 2003 and 2018. This search resulted in 776 items, with a selection of 32 articles for analysis and qualitative synthesis. **Results:** Migration is indicated as an important risk factor for infectious diseases due to its association with environmental, occupational, socioeconomic and cultural risks. Due to the intense exposure to insecurities and inequities, they are also more susceptible to chronic diseases. Most of the articles pointed out a relevant association between migratory processes and impacts on mental health, with vulnerabilities for mental suffering, psychopathologies and harmful use of alcohol and other drugs. Women, due to greater risks for violence and suffering related to the loss or separation of their children, added to the daily adversities and the accumulation of responsibilities at home and at work, face greater difficulties in accessing services and taking care of their own health, expressing high levels of diseases. Regarding refugees, experiences during the migratory phases can expose the various levels of challenges, violence, suffering and specific demands, which are often improperly addressed. Correlations between migration and work are cited in most articles. In large proportion, work is associated with an important risk factor for health, due to unhealthy occupational conditions, propitiating the development of suffering and illness. **Conclusion:** The main difficulties in accessing quality services are related to: cultural and linguistic barriers; lack of knowledge of their rights and the functioning of the services; lack of adequate structure, articulation and resolution actions in the services; racism and discrimination; institutional and professional unprepared care; and lack of government policies and actions that fully guarantee the rights of migrants and ensure access to health services, adequate working conditions, housing and education.

Key words: 1. Human migration; 2. Emigration and immigration; 3. Internal migration;
4. Health services

INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil¹, no art. 196, determina que a *saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante 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*. Ainda, no artigo 5º, determina-se que *todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade*. Para reforçar esses princípios, o artigo 3º decreta como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: construir uma sociedade livre, justa e solidária; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

A partir dessas prescrições, deve-se compreender que os cuidados em saúde abrangem a atenção à qualidade de vida, com garantia de empregos saudáveis, acesso à informação e educação, inclusive educação em saúde, e acesso a recursos que proporcionem o bem-estar, como alimentação adequada, saneamento básico, segurança em suas moradias, em espaços de lazer e nas cidades; direitos que devem ser garantidos de forma universal, ou seja, tanto aos brasileiros quanto à população migrante².

Esses decretos estão de acordo com a Organização Internacional para as Migrações (OIM)³, que declaram que *os direitos humanos relacionados à saúde, conforme estabelecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, pertencem a todas as pessoas, inclusive migrantes, refugiados e outros estrangeiros*. Segundo a OIM³:

A migração é definida como o movimento de uma pessoa ou de um grupo de pessoas através de uma fronteira internacional ou dentro de um Estado. Como tal, a migração

abrange qualquer movimento das populações, não importando sua duração, composição ou causa. Inclui o fluxo dos refugiados, pessoas deslocadas, migrantes econômicos (voluntários ou forçados), trabalhadores temporários, estudantes, migrantes sem documentos e pessoas em movimento por outros motivos, inclusive pela reunificação familiar, com diferentes determinantes de saúde, necessidades, recursos, capacidades e níveis de vulnerabilidade.

Referente ao conceito de refugiados, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR)⁴ define como pessoas em condição involuntária de necessidade de proteção fora de seus locais de origem por *fundados temores de perseguição, conflito, violência ou outras circunstâncias que coloquem sua vida em risco, como fome, identidade de gênero ou tradição religiosa*, e que são impedidos de retornarem à terra natal por riscos a sua vida e/ou bem-estar.

Consta nas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde que a redução das desigualdades sociais é uma das prioridades do governo federal. Em defesa dessa afirmação, o Ministério da Saúde reconhece as iniquidades existentes no campo da saúde coletiva relacionadas a diversos grupos populacionais e assume o compromisso de implementar políticas para o enfrentamento de vulnerabilidades e determinações sociais da saúde como iniquidades de renda, empregos, acesso à educação, aos serviços de saúde, ao saneamento e à alimentação saudável. Essas políticas também visam promover a participação política e resolução de conflitos culturais, reduzindo discriminações e violências por racismo, machismo, LGBTIfobia e por quaisquer outros tipos de preconceito⁵.

No entanto, a Declaração do VII Fórum Social Mundial da Saúde e da Seguridade Social (FSMSSS)⁶, que ocorreu em março de 2018, denuncia o desmantelamento *das conquistas históricas dos trabalhadores através de políticas de 'austeridade fiscal' que aprofundam a desproteção social em favor de maior rentabilidade do capital*, submetendo as

políticas sociais à *financeirização*, com consequente negação da universalidade do direito à saúde e à seguridade social.

Em relação às iniquidades, nos comentários de Buss *et al*⁷ sobre os trabalhos da Primeira Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os autores apontam que o principal fator para explicar a situação de iniquidade em saúde é a desigualdade na distribuição da riqueza total do país, somada a *escassos níveis de coesão e baixa participação política*, representando obstáculos à obtenção de resultados efetivos de promoção e proteção da saúde.

Destacam também que, além das iniquidades relacionadas ao acesso a bens materiais, existem grupos excluídos dos direitos a oportunidades, a escolhas e de terem suas demandas ouvidas pela sociedade. Avaliam que a situação do Brasil é determinada pelas *desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias*. Na compreensão dos autores, deve-se reconhecer que as raízes de tais iniquidades estão nas determinações sociais, em como a sociedade se organiza, influenciada pelos fatores econômicos e socioculturais. Isso posto, a CNDSS conceitua os Determinantes Sociais de Saúde como *fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população*⁷.

Concernente à população migrante, as iniquidades e vulnerabilidades são tanto causadoras do processo migratório quanto resultantes dele, uma vez que *a privação econômica, a insegurança alimentar, os riscos ambientais, a violência, a perseguição política e religiosa e a discriminação racial e de gênero podem dar lugar a enormes fluxos de migração*, ao mesmo tempo em que fragmentações familiares e deterioração do estado de saúde em condições hostis e vulnerabilizantes são importantes consequências dessa situação social. Apesar disso, a OMS estima que *as necessidades de saúde dos migrantes e refugiados*

*não são sistematicamente atendidas e que o acesso a serviços de saúde nos países beneficiários continua sendo altamente variável*³.

Esses dados são alarmantes e merecem especial atenção, na medida em que o ACNUR⁴ estima que, até o final de 2016, cerca de 65,6 milhões de pessoas em todo o mundo foram deslocadas à força, como resultado de perseguição, conflito, violência ou violações de direitos humanos^{3,4}.

Em relação ao Brasil, até setembro de 2017, o Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE)⁸ informa que mais de 10.000 pessoas foram reconhecidas como refugiadas, oriundas de 82 nacionalidades diferentes. O relatório informa que existem mais de 86.000 solicitações de reconhecimento em trâmite. Em ordem decrescente, os principais países de origem dos solicitantes de refúgio foram Venezuela, Cuba, Haiti, Angola, China, Senegal, Síria, Nigéria, Bangladesh, República Democrática do Congo, Guiné Bissau, Guiné, Paquistão e Líbano. Observou-se que diminuíram as solicitações por parte de pessoas vindas do Haiti, ao passo que aumentaram em 307% os pedidos a partir de refugiados deslocados da Venezuela. É interessante destacar que houve um aumento de 12% no total de refugiados reconhecidos no Brasil.

Em relação aos riscos de saúde enfrentados pelos migrantes, a Organização Internacional para as Migrações (OIM)⁹ relata que a exposição existe em todos os estágios de migração. Na pré-partida, ou fase pré-migratória, as pessoas podem enfrentar problemas como conflitos armados, perda dos seus lares e/ou familiares, escassez de recursos e fome, causando doenças físicas, severos sofrimentos mentais e traumas permanentes^{9,10}.

No processo de deslocamento, ou fase de migração propriamente dita, geralmente encontram situações de perigo. Isso é confirmado por dados que indicam alto índice mortalidade (em 2015, das 500.000 pessoas, aproximadamente, que entraram na Europa buscando por refúgio, cerca de 3.000 morreram no mar). Independentemente da jornada

vivenciada, os principais riscos identificados na trajetória de deslocamento incluem: exploração por contrabandistas; empobrecimento; escassez de comida, água e abrigos; violência e lesões corporais; riscos de morte; separação da família; falta de acesso a serviços sociais e de saúde^{9, 10}.

Nesse percurso, muitos migrantes acabam se alojando em países vizinhos de baixa renda, que encontram grandes dificuldades em oferecer serviços básicos sociais e de saúde. Nos acampamentos de refugiados e de pessoas internamente deslocadas, os migrantes estão expostos a doenças infectocontagiosas, incluindo febre tifóide, tuberculose, sarampo, cólera e disenterias, causadas pela aglomeração, contaminação de água e alimentos e existência de vetores de doenças. Ainda, constata-se que muitas mulheres e crianças são vítimas de abusos sexuais, contraindo doenças sexualmente transmissíveis^{9, 10}.

Quando conseguem chegar a um território em busca de asilo e proteção, na fase pós-migração, o acesso aos serviços de saúde muitas vezes é limitado pelas diferenças culturais e de idiomas. Além disso, muitos migrantes clandestinos deixam de procurar os serviços por medo de serem deportados, uma vez que muitos desconhecem seus direitos e/ou são informados que os poderes locais relutam em lhes conceder benefícios públicos^{9, 10}.

Dados os significativos riscos a que estão expostas as populações migrantes, seja em seu estágio de pré-partida, deslocamento ou chegada, vincula-se aos Estados a responsabilidade de proteção dos direitos humanos dessas pessoas. É essencial o destaque para a relação entre o processo migratório e o impacto global nas políticas sociais e de saúde, em razão de ser um fenômeno social que desafia a dignidade humana e seus valores éticos e morais, além de abalar a segurança mundial por aumentar riscos de epidemias e conflitos civis e políticos¹⁰.

A OIM⁹ também alertou sobre os impactos na saúde pública mundial, gerados pelo fenômeno migratório, justificados não apenas pelos agravos de discriminação, violência e

exploração que afetam a saúde física e mental dos migrantes, mas também devido ao desconhecimento de muitos problemas de saúde dessa população por parte das instituições públicas dos países receptores. Em associação a esse problema, muitas vezes existem barreiras socioeconômicas e legais que impedem o acesso aos serviços de saúde; e em casos de migrantes que conseguem esse acesso, é possível que não recebam um atendimento sensível e adequado às suas questões culturais e sociais.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de se investigar algumas questões fundamentais enfrentadas pelas populações migrantes. Uma delas é buscar compreender como é o acesso à saúde por essas populações e como estão os cuidados voltados à saúde desses grupos. Portanto, o principal objetivo desta pesquisa é realizar uma revisão sistemática sobre o acesso aos serviços de saúde pelas populações migrantes, com análise de estudos relacionados ao Brasil e/ou brasileiros em condição de migrantes. Espera-se, também, identificar os possíveis entraves de acesso aos serviços de saúde e os principais problemas relacionados à qualidade dos serviços de saúde enfrentados por essas populações.

Ressalta-se que o valor deste estudo encontra respaldo na sua relevância social mundial, diante da constatação que, em 2015, já se estimava a existência de mais de 244 milhões de migrantes internacionais no mundo (um aumento de, aproximadamente, 155 milhões de pessoas em cinco anos). Além desse grupo, estima-se uma quantidade superior a 740 milhões de migrantes internos. Esse fenômeno se apresenta com relevante impacto para a saúde dessas populações e para a saúde pública³.

MÉTODO

A fim de identificar, selecionar e avaliar criticamente estudos que possam responder à questão central desta pesquisa, utilizou-se o método de revisão sistemática, sem meta-análise, orientado pelas diretrizes da recomendação PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises)¹¹.

Após a identificação da relevância desta revisão sistemática, definiu-se a questão central da pesquisa: sob o enfoque nos migrantes vivendo no Brasil e nos brasileiros em territórios estrangeiros, como é o acesso à saúde pelas populações migrantes e como estão os cuidados voltados à saúde desse grupo?

A partir dessa formulação, prosseguiu-se com os seguintes passos:

- 1) Duas buscas de artigos em bases de dados, utilizando-se os respectivos descritores:
 - 1ª Busca:
 - Base eletrônica PubMed com os descritores em Medical Subject Headings (MeSH): “migrants” AND “health services accessibility”;
 - Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “migrantes” AND “serviços de saúde”.
 - 2ª Busca:
 - Base eletrônica PubMed com os descritores em Medical Subject Headings (MeSH): “brazil” AND “migrants” AND “health services”;
 - Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “brasil” AND “migrantes” AND “serviços de saúde”;
 - Scientific Electronic Library Online (SciELO) com os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “migrantes” AND “serviços de saúde”.

Essas buscas foram realizadas em dois momentos diferentes. A data da última busca foi em 07 de agosto de 2018.

- 2) Definição dos critérios de exclusão: publicações anteriores a 2003; artigos que não correspondessem a estudos metodologicamente delineados; estudos sem relação com a questão central desta pesquisa ou que não abordassem o processo migratório relacionado com migrantes no Brasil ou brasileiros em condição de migração.

Consequentemente, foram incluídos todos os estudos publicados a partir de 2003, metodologicamente estruturados e que apresentassem relação com a investigação desta pesquisa.

- 3) Seleção de estudos: realizou-se uma triagem inicial de títulos e resumos, conforme os critérios de exclusão e inclusão. A partir da leitura completa dos artigos selecionados na triagem inicial, seguiu-se com a seleção de pesquisas a serem submetidas à extração de dados, conforme a avaliação do conteúdo dos estudos e pertinência à problemática proposta.
- 4) Extração de dados: uma matriz de síntese foi produzida com os dados essenciais dos artigos analisados: autoria; título; período e local de publicação; objetivos do estudo; tipo de estudo e método; características da população estudada; local da intervenção e seu sistema de saúde; resultados.
- 5) Síntese dos dados com a abordagem de síntese narrativa: utilizando-se a matriz de síntese, os estudos selecionados foram categorizados conforme os problemas investigados, bem como seus enfoques e perspectivas. O objetivo foi construir um banco de dados individual, seguindo um modelo de agrupamento por problemáticas abordadas pelas pesquisas. Os estudos foram categorizados de acordo com as seguintes abordagens: doenças crônicas e infectocontagiosas no contexto da migração, impactos do processo migratório na saúde mental, migração sob a perspectiva da

saúde da mulher, desafios na assistência aos refugiados e relações entre migração e trabalho.

Essa categorização foi importante para facilitar a sistematização do processo de análise dos dados e discussão com a literatura pertinente. Cabe destacar que, para este estudo, foi necessário eleger os principais dados relacionados ao eixo central desta pesquisa. Portanto, é válido considerar o possível viés de relato de desfechos, uma vez que os processos de extração e síntese de dados foram realizados por uma única pesquisadora.

Considerações éticas, bioéticas e deontológicas

Por utilizar o método de revisão sistemática da literatura, o estudo não foi desenvolvido com participantes de pesquisa e, conseqüentemente, não envolveu riscos vinculados aos relacionamentos humanos. Portanto, esta pesquisa não necessitou da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A partir da primeira busca, com os descritores “migrants” AND “health services accessibility” na base de dados PubMed e “migrantes” AND “serviços de saúde” em BVS, o resultado obtido foi de 671 artigos. Destes, 13 artigos eram duplicados, ficando 658. Após a triagem inicial por títulos, com exclusão de estudos evidentes sobre patologias específicas ou sem relação com o objeto de estudo desta pesquisa, restaram 622 trabalhos. O próximo passo foi a análise dos resumos, com seleção de estudos relacionados ao Brasil ou migrantes brasileiros, obtendo-se 7 artigos.

A segunda busca, com os descritores “brazil” AND “migrants” AND “health services” no banco de dados PubMed; “brasil” AND “migrantes” AND “serviços de saúde” na BVS; e, em SciELO, “migrantes” AND “serviços de saúde”, obteve-se o total de 105 artigos. Destes, 33 eram duplicados, 27 foram publicados antes de 2003; e 10 não tinham relação com o objeto de estudo desta pesquisa ou não abordavam o processo migratório relacionado com Brasil ou brasileiros.

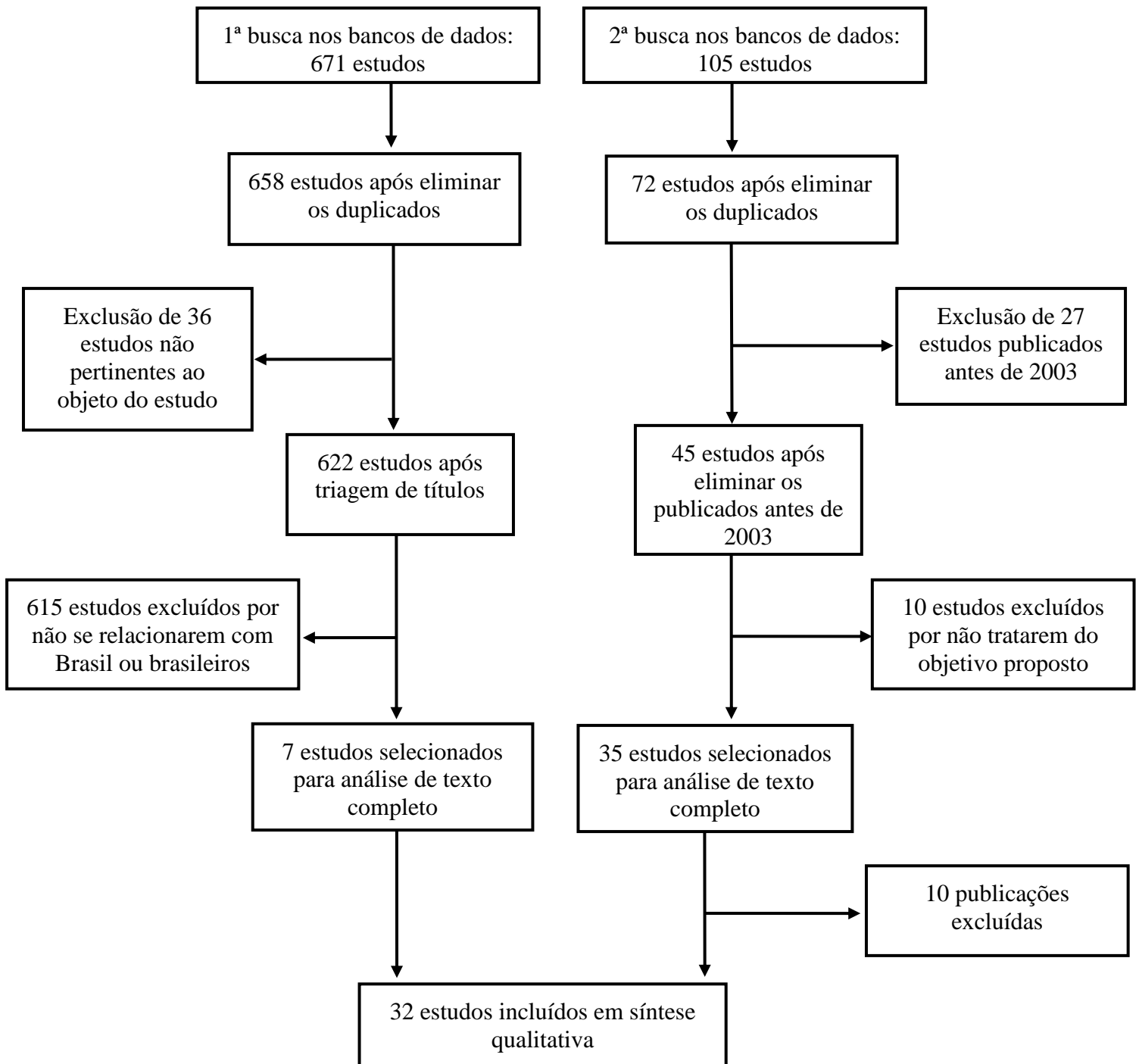
Ao final da seleção, o resultado foi de 7 artigos a partir da primeira busca e 35 artigos obtidos pela segunda busca, totalizando 42 artigos para análise de texto completo.

Dos 42 estudos selecionados para a análise, 10 artigos da segunda busca foram excluídos pelas seguintes justificativas: dois artigos não estudavam populações de migrantes no Brasil ou migrantes brasileiros; quatro publicações não correspondiam a estudos metodologicamente delineados e quatro artigos não respondiam aos objetivos propostos por esta pesquisa (Quadro 1).

Portanto, 32 artigos foram incluídos na síntese qualitativa, 18 procedentes da base de dados BVS, 11 de PubMed e 3 de SciELO (Quadro 2).

A partir desses resultados, obteve-se o seguinte fluxograma:

Figura 1: Fluxograma das etapas da seleção de estudos



Quadro 1 – Publicações excluídas

Autoria	Título	Justificativa
Amon, J; Todrys, K	Acesso de populações migrantes a tratamento antirretroviral no Sul Global	População estudada não relacionada ao Brasil ou a brasileiros
Barajas Sandoval, LC	Salud y derechos em el contexto de la ley, no de la vida	População estudada não relacionada ao Brasil ou a brasileiros
Bustamante, LHU <i>et al</i>	It is time to prepare mental health services to attend to migrants and refugees	Tipo de publicação: Carta para editores
Moreno, MB; Klijn, TP	Atención em salud para migrantes: um desafio ético	Tipo de publicação: reflexão
Padilla B	Saúde e migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania	Não responde aos objetivos propostos por esta pesquisa
Pinto, LF <i>et al</i>	O mercado de trabalho dos médicos gineco-obstetras no Brasil	Não responde aos objetivos propostos por esta pesquisa
Póvoa, L; Andrade, MV	Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional	Não responde aos objetivos propostos por esta pesquisa
Pulerwitz, J <i>et al</i>	HIV-related stigma, service utilization, and status disclosure among truck drivers crossing the Southern borders in Brazil	Não responde aos objetivos propostos por esta pesquisa
Rodrigues, VA	Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises	Tipo de publicação: coletânea de textos produzidos a partir de um projeto
Xidieh, OE	A difícil viagem de retorno à aldeia	Tipo de publicação: reflexão

Quadro 2: estudos incluídos para a síntese qualitativa

Autoria/ Ano	Revista de publicação	Título	Tipo de estudo	Participantes	Objetivo	Resultados
Almeida LM <i>et al</i> / 2014	Cad Saúde Pública	Assessing maternal healthcare inequities among migrants: a qualitative study	Exploratório qualitativo com entrevistas	31 mães (7 do Leste Europeu, 7 do Brasil, 11 de países africanos e 6 portuguesas), residentes em Porto, Portugal, na faixa de idade entre 20 e 45 anos	Verificar se existem diferenças entre percepções de mulheres migrantes e nativas sobre a qualidade dos cuidados recebidos nos períodos de gestação e pós-parto	Sobre a gestação, foram relatadas complicações e falta de assistência adequada e dificuldades por falta de conhecimento sobre seus direitos no acesso aos serviços de saúde. Em relação aos cuidados do recém-nascido, muitas imigrantes reportaram dificuldades em obter consultas médicas elucidativas. Sobre impactos na saúde relacionados à má qualidade dos cuidados, foram relatadas consequências danosas
Almeida LM <i>et al</i> / 2013	J Immigr Minor Health	Migrant women's perceptions of healthcare during pregnancy and early motherhood: addressing the social determinants of health	Exploratório qualitativo com entrevistas	31 mães (7 do Leste Europeu, 7 do Brasil, 11 de países africanos e 6 portuguesas), residentes em Porto, Portugal, na faixa de idade entre 20 e 45 anos	Obter informações sobre acesso e uso dos serviços de saúde e percepções acerca da qualidade dos cuidados recebidos durante a gestação e maternidade precoce de um grupo de mulheres migrantes	Sobre o acesso e qualidade dos cuidados: as africanas demonstraram maior satisfação com os serviços de Portugal do que de seus países de origem; a satisfação das brasileiras variou conforme a região de origem do Brasil; as imigrantes do leste europeu relataram satisfação semelhante em relação aos seus países de origem.

<p>Almeida LM <i>et al</i>/ 2014</p>	<p>Int J Gynecol Obstet</p>	<p>Obstetric care in a migrant population with free access to health care</p>	<p>Observacional transversal com preenchimento de questionário</p>	<p>277 mulheres que realizaram partos em hospitais públicos de Porto, Portugal: 48 de origem brasileira, 23 de países do leste europeu, 18 de países africanos e 188 nativas; faixa etária materna entre 25 e 33 anos</p>	<p>Avaliar possíveis diferenças nos cuidados obstétricos entre imigrantes e nativas</p>	<p>A renda familiar foi menor entre migrantes. Sobre os cuidados pré-natais, as migrantes foram as que mais apresentaram a primeira consulta depois de 12 semanas de gestação e as que mais tiveram menos de três visitas pré-natais; reportaram maior incidência de problemas obstétricos como abortos espontâneos e casos de natimortos e morte neonatal. Sobre os cuidados recebidos no parto, migrantes apresentaram mais partos cesáreos, laceração perineal ou hemorragia pós-parto. Imigrantes mostraram mais insatisfação com o suporte recebido pelas equipes</p>
<p>Alves JS/ 2013</p>	<p>USP – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública</p>	<p>Sorrisos em trânsito: modos de levar a vida e praticar cuidado com o corpo e com a saúde de refugiados exilados no município de São Paulo</p>	<p>Exploratório qualitativo com observação participante, entrevistas e exame odontológico</p>	<p>11 refugiados em São Paulo, Brasil, provenientes de Congo, Nigéria, Guiné Conacri, Senegal, Togo, Líbia e Síria; 3 mulheres e 8 homens, na faixa de idade entre 18 e 36 anos</p>	<p>Identificar como os refugiados exilados no município de São Paulo demonstram e relatam suas práticas de cuidado com seus corpos e sua saúde</p>	<p>Identificou-se presença de gengivite incipiente em todos os refugiados e pequeno número de pessoas com cárie. O estabelecimento de redes sociais e domínio da língua portuguesa facilitam o processo de adaptação e inserção no mercado de trabalho, viabilizando a reconstrução de rotinas e estado de equilíbrio, diminuindo vulnerabilidades</p>
<p>Antunes JAPJ/ 2017</p>	<p>Psicologia, Saúde e Doenças</p>	<p>Refugiados e saúde mental: acolher, compreender e tratar</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<p>—</p>	<p>Fazer uma revisão literária publicada sobre a saúde mental em refugiados</p>	<p>Refugiados apresentam maiores níveis de transtornos de saúde mental do que a população em geral. Há prevalência significativa de complicações secundárias como o abuso de substâncias e a ideação suicida. O sofrimento mental é mais prevalente nas mulheres, muitas vezes devido à violência e à separação de seus filhos. A depressão pós parto é mais prevalente nas populações migrantes</p>

Barros MBA <i>et al/</i> 2006	Ciênc. Saúde Colet	Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003	Observacional transversal com análise de questionários	384.764 indivíduos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-2003)	Analisar a prevalência de problemas crônicos de saúde em subgrupos da população e avaliar o efeito da presença de morbidade crônica no uso dos serviços de saúde e nas limitações de atividades	A prevalência de morbidade foi maior entre os não naturais do município ou do estado em que residiam. Entre os que viveram algum processo de migração interestadual, 45,9% apresentaram ao menos um problema crônico, enquanto entre os naturais do município em que residem a prevalência foi de 34,3%. O segmento de menor escolaridade apresentou 62% a mais de prevalência de doenças crônicas
Barros MBA <i>et al/</i> 2011	Ciênc. Saúde Colet	Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008	Observacional transversal com análise de questionários	391.868 indivíduos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-2008) e comparação com os dados da PNAD-2003	Estimar as prevalências de doenças crônicas na população brasileira em 2008 e comparar com as de 2003; avaliar o impacto da doença no uso de serviços e nas restrições das atividades; e analisar os diferenciais nas prevalências de doenças crônicas	A prevalência de ter ao menos uma doença crônica foi mais elevada em: idosos, mulheres, cor/raça preta ou indígena, menor escolaridade, migrantes, moradores em áreas urbanas e na região Sul do país. As condições crônicas mais prevalentes foram: hipertensão, doença de coluna, artrite e depressão
Boggild AK <i>et al/</i> 2016	Can Commun Dis Rep	Illness in Canadian travelers and migrants from Brazil: CanTravNet surveillance data, 2013-2016	Observacional transversal com análise de 7 sites canadenses de cuidados médicos pós viagens	—	Identificar correlações demográficas de doenças entre canadenses turistas e migrantes do Brasil associados à rede canadense de saúde do viajante	7.707 viajantes e migrantes doentes foram identificados; destes, 89 adquiriram a doença no Brasil. Arboviroses foram diagnosticadas em 8 pessoas (6 casos de dengue, 1 de chikungunya e 1 de zika); 13 pessoas apresentaram síndrome viral não específica. Comparando com provenientes de outros países da América do Sul, os do Brasil foram os mais associados a arboviroses
Bustamante LHU <i>et al/</i>	Rev Bras	Stress, trauma, and posttraumatic stress	Revisão	—	Fazer uma revisão da literatura publicada sobre	Migração está associada a estressores específicos, principalmente os relacionados

2018	Psiquiatr	disorder in migrants: a comprehensive review	sistemática		trauma, desordens de estresse pós-traumático e serviços de saúde mental para população migrante	ao processo de aculturação e adaptação ao país de entrada. Estudos indicam que 40,9% da prevalência de experiências psicóticas em migrantes ocorreram em refugiados e naqueles com desordens por estresse pós traumático
Carneiro Júnior N <i>et al/ 2006</i>	Saúde e Sociedade	Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social	Observacional longitudinal de uma organização da atenção primária em saúde	Grupos que receberam cuidados no período de 1968 e 2006: população em situação de rua (1.431), profissionais do sexo (383), migrantes bolivianos (1.702) e moradores de favela (2.428)	Apresentar uma experiência de organização da atenção primária em saúde direcionada pelo conceito de equidade, para grupos em situação de exclusão social na região central da cidade de São Paulo	Ações que contribuíram para a inclusão das populações mais vulneráveis: flexibilização do horário da unidade, encaixe de atendimentos; implantação do PSF e cadastramento dos moradores, destacando-se a população de bolivianos. Estes, que não procuravam anteriormente o serviço, passaram a fazê-lo. O serviço incorporou como parte de sua tecnologia “portas de entrada” diferenciadas e o reconhecimento no cuidado à saúde de grupos diferenciados da população que necessitam de atenção particularizada.
Ceccon RF <i>et al/ 2017</i>	Epidemiologia e Serviços de Saúde	Mortalidade por tuberculose nas capitais brasileiras, 2008-2010	Observacional ecológico com análise de dados de bases de Sistemas de Informações e da PNAD	—	Analisar associação entre mortalidade por tuberculose e indicadores sociodemográficos e de saúde nas capitais brasileiras e no Distrito Federal	A mortalidade por tuberculose foi mais elevada em capitais com maior desigualdade de renda, maior taxa de migração, maior proporção de pobreza entre negros e coeficiente de coinfeção HIV/tuberculose.
Fontes LFC/ 2017	PUCRS – Programa de Pós-Graduação em Economia e Desenv.	Dois ensaios de avaliação de políticas públicas	Observacional transversal a partir dos dados do Censo Demográfico de 2010	Análise de indivíduos migrantes, migrantes retornados e não retornados	O primeiro ensaio objetiva avaliar o Programa Mais Médicos no que se refere ao provimento de médicos; o segundo ensaio estima o impacto do Programa	O Programa Bolsa Família (PBF) estimula a remigração dos beneficiários aos seus estados de origem, além de manter aqueles que já estão fixos em uma localidade. Os maiores impactos sobre remigração e retenção foram encontrados para região Nordeste, concentradora de beneficiários do

					Bolsa Família (PBF) sobre a migração inter-estadual brasileira	PBF e de migrantes retornados. O Programa Mais Médicos parece ser fundamental para o fortalecimento da atenção primária de saúde no Brasil
Grenfell P <i>et al/ 2008</i>	Trans R Soc Trop Med Hyg	Anaemia and malaria in Yanomami communities with differing access to healthcare	Observacional transversal com coleta de dados clínicos e demográficos	183 pessoas de 11 comunidades seminômades Yanomami de diferentes acessos aos serviços de saúde, na Amazônia venezuelana e brasileira	Determinar a prevalência da anemia e malária entre comunidades Yanomami com diferentes acessibilidades aos serviços de saúde	129 pessoas apresentaram anemia e 23, malária; a prevalência das duas doenças foi mais alta nas comunidades de acesso intermitente às equipes de saúde. Também foram mais frequentes relatos de diarreia e achados de esplenomegalia, provavelmente decorrentes de infecções e parasitoses por falta de saneamento. Desnutrição e atraso no desenvolvimento estão relacionados à falta de acesso à educação pelas mães e falta de acesso a estradas e aos serviços de saúde
Hanf M <i>et al/ 2011</i>	AIDS Care	Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana	Observacional ecológico com aplicação de questionários	Grupo de 398 migrantes do Haiti, Guiana, Suriname e Brasil vivendo em Caiena, Guiana Francesa; 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino; média de 35 anos de idade	Avaliar o nível de informação entre a população de migrantes sobre centros de aconselhamentos e testes de HIV; analisar a disponibilidade de migrantes para realizar o teste de HIV	Em Caiena, 80% das pessoas HIV-positivas acompanhadas no serviço hospitalar são migrantes. Somente 27% das pessoas entrevistadas conheciam, simultaneamente, a existência de aconselhamentos e testes de HIV gratuitos, sua localização e horário de funcionamento. Apesar de existir o serviço, este não é facilmente utilizado e acessível aos migrantes, demonstrando a importância de melhorar a rede de comunicação e a educação em saúde
Jensen KE <i>et al/ 2018</i>	BMC Int Health Hum Rights	Small scale migration along the interoceanic highway in Madre de Dios, Peru: an exploration of community perceptions and dynamics due to	Exploratório qualitativo com discussões em grupo focal, entrevistas e pesquisa	522 participantes: 202 não migrantes e 320 migrantes que se deslocaram para a região de Madre de Dios, Peru, após a construção	Explorar percepções sobre migrações e desenvolvimento de 8 comunidades em Madre de Dios ao longo da Estrada Interoceânica que	Não migrantes participam mais de grupos comunitários e possuem mais terras do que migrantes, possibilitando maior acesso à água encanada. Migrantes reportam falta de investimento nas suas comunidades e aumento do uso de drogas e álcool. Ambos

		migration	domiciliar com questionários	da Estrada Interoceânica	conecta Brasil, Bolívia e costa do Peru	os grupos acreditam ser necessário melhorar a infraestrutura e recursos do local, com foco na água potável, saneamento e acesso à saúde. A fim de aliviar tensões entre os grupos, deve existir coesão comunitária, garantia de direitos à terra e vínculos empregatícios seguros. Foram apontados como importantes motivadores de imigração: melhores oportunidades de trabalho e condições de vida e possibilidade de acesso a terras.
Lonroth K <i>et al/ 2015</i>	Eur Respir J	Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries	Revisão narrativa dos documentos e diretrizes sobre políticas da OMS e de literaturas publicadas	—	Apresentar uma abordagem global para a eliminação da tuberculose (TB) em países de baixa incidência da doença	Em média, nos países de baixa incidência de TB, 50% dos casos ocorrem entre migrantes. Principais desafios e ações prioritárias: garantir compromissos políticos; abordar os grupos vulneráveis e de difícil acesso; enfrentar as determinações sociais; abordar demandas específicas das populações migrantes
Madi MCC <i>et al/ 2009</i>	Saúde Soc	Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo	Exploratório qualitativo a partir de entrevistas	Grupo de 7 mulheres bolivianas gestantes, com idade entre 18 e 29 anos, residindo em São Paulo, Brasil	Compreender as concepções das migrantes bolivianas sobre gestação nos contextos familiar, de adaptação como migrantes e de espaço de construção da vida pessoal	A atual gestação pode estar relacionada à busca pela cidadania brasileira. Aspectos socioeconômicos, ocupacionais, da vida doméstica e conjugal, situação instável de permanência no país e dificuldades de acesso livre aos serviços de saúde somam-se às barreiras culturais que delimitam as concepções sobre o processo saúde-doença e práticas de cuidados com a saúde
Martinez VN/ 2010	USP – Programa de Pós-Graduação em Saúde	Equidade em saúde: o caso da tuberculose na comunidade de bolivianos no município de São	Observacional descritivo de casos notificados de TB no período de 1998 a 2008,	Inquéritos com 26 migrantes bolivianos; média de idade de 27 anos, metade do sexo masculino e metade do	Descrever o comportamento da TB na comunidade boliviana e investigar possíveis disparidades em relação	No período estudado foram notificados 2.434 casos de TB, dos quais 67,5% eram brasileiros, 30,4% eram bolivianos. A participação boliviana foi crescente, elevando-se de 15% para 53% dos casos.

	Pública	Paulo	em 4 distritos de São Paulo, Brasil	sexo feminino	ao acesso aos serviços e na qualidade do atendimento entre bolivianos e brasileiros	27% dos bolivianos não sabiam do seu direito aos serviços de saúde públicos; 46% relataram que os profissionais de saúde não os compreendem; 42% não compreendem as orientações dadas pelos profissionais
Matsue RY/ 2012	Ciênc. Saúde Colet	“Sentir-se em casa longe de casa”: vulnerabilidade, religiosidade e apoio social entre os migrantes brasileiros no Japão	Exploratório qualitativo etnográfico com observação participante e entrevistas	15 migrantes brasileiros residindo no Japão	Analisar o papel da religiosidade e o impacto da rede de apoio social na vida dos migrantes brasileiros no Japão	A maioria desses migrantes se encontra em um processo de migração circular entre o Brasil e o Japão, onde a readaptação em ambos os países é difícil ou não é alcançada. Isso causa um estado de alienação que exerce efeitos negativos sobre suas vidas e condições de saúde. Os migrantes realizam um tipo de trabalho impessoal, mecânico e repetitivo, desprezado pelos japoneses. Nesse contexto, buscam apoio entre seus compatriotas e nos grupos religiosos
Mello FMRVBD/ 2014	USP – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública	Saúde e processo migratório: estudo exploratório sobre o acesso à saúde e tuberculose na comunidade boliviana do Município de São Paulo	Exploratório com análise documental e levantamento bibliográfico específico	—	Apresentar características do processo migratório de bolivianos no município de São Paulo, explorando a relação entre os sistemas de saúde do Brasil e da Bolívia	Grande parte dessa população migrou sem nunca ter acessado qualquer serviço de saúde. Uma combinação de fatores resulta em maior incidência de TB nessa comunidade: condições socioeconômicas precárias do país de origem, hiperendêmica em TB; ausência de controle de enfermidades pregressas; condições de trabalho e moradia que potencializam a transmissão da TB; exclusão social; inexistência de políticas conjuntas entre os dois países para o combate das endemias
Moraes MS <i>et al/</i> 2013	Saúde Soc	Questões socioeconômicas laborais e de saúde na cadeia produtiva do agronegócio	Descritivo transversal a partir de um censo com a	112 migrantes cortadores de cana da cidade de Mendonça, SP, Brasil	Caracterizar o perfil socioeconômico, a motivação, a percepção dos impactos do trabalho	90% desses migrantes procederam da região Nordeste; a faixa etária foi entre 18 a 30 anos; 48% sentiram algum tipo de dor no corpo atribuída ao cansaço do trabalho.

		da cana-de-açúcar na região do Noroeste Paulista	aplicação de questionário		para a saúde e a relação com o sistema de saúde dos migrantes trabalhadores do corte de cana-de-açúcar	Embora 39% tenham utilizado os serviços médicos da unidade básica de saúde de Mendonça, a maioria não conseguiu atendimento devido à incompatibilidade de horários de funcionamento do estabelecimento; 87% fizeram uso de automedicação. 78% relatam que sofrem preconceito
Moreira JPL <i>et al/ 2013</i>	Cad Saude Publica	Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study	Observacional ecológico a partir da PNAD de 2008	256.583 indivíduos com idade de 20 anos ou mais	Estimar as prevalências da hipertensão arterial sistêmica de adultos nos ambientes urbano e rural do Brasil e identificar possíveis associações	A proporção da população vivendo em área urbana foi de 85% e em área rural foi de 15%. Em ambas as áreas, a chance de referir hipertensão arterial sistêmica aumentou com a idade, foi maior entre as mulheres, ex-fumantes, migrantes, portadores de morbidade, os de cor/raça não branca e portadores de plano de saúde
Murto C <i>et al/ 2013</i>	J Trop Med	Factors associated with migration in individuals affected by leprosy, Maranhao, Brazil: an exploratory cross-sectional study	Observacional transversal com questionário e dados clínicos, analisando-se fatores associados com migração no nordeste do Brasil	394 indivíduos diagnosticados com hanseníase (215 do sexo masculino e 179 do sexo feminino) e 391 indivíduos sem sinais da doença (216 masculinos e 175 femininos)	Identificar fatores demográficos, socioeconômicos, clínicos e psicossociais associados à migração entre pessoas com hanseníase	Das pessoas diagnosticadas, 258 eram migrantes; 105 tinham história de cinco anos de migração e 43 eram migrantes circulares. Três fatores foram associados aos migrantes com hanseníase: intenso estresse cotidiano, maior consumo de álcool, sofrimento por separação de suas famílias e amigos e dificuldades no acesso a serviços de saúde. Estresse cotidiano e separação de familiares e amigos também estão associados aos migrantes sem o diagnóstico.
Murto C <i>et al/ 2014</i>	Cad Saude Publica	Migration among individuals with leprosy: a population-based study in Central Brazil	Observacional transversal com dados clínicos e questionários	1.074 pessoas diagnosticadas com hanseníase, em 79 municípios endêmicos do estado de Tocantins,	Investigar fatores demográficos, socioeconômicos, clínicos associados à migração entre pessoas afetadas	76,2% nasceram em município diferente de sua residência atual. Nos cinco anos antes do diagnóstico, 16,7% migraram, e 3,6% migraram após o diagnóstico. Indicadores de pobreza foram proeminentes antes do

				Brasil; 555 do sexo masculino e 519 do sexo feminino, faixa etária entre 5 e 98 anos; média de 41,8 anos	pela hanseníase, além de questões relacionadas a serviços de saúde	diagnóstico de migrantes. A alta prevalência da forma multibacilar entre migrantes indica que dificuldades no acesso à saúde podem ser um obstáculo para o diagnóstico precoce desse grupo
Pessoa IN/ 2014	USP – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública	Saúde e modos de vida em contextos amazônicos: Brasil, Peru e Bolívia	Exploratório qualitativo etnográfico por meio de observações e entrevistas	Moradores da cidade brasileira de Assis Brasil, região de fronteira entre Brasil, Peru e Bolívia	Compreender as relações sociais entre moradores da fronteira Brasil, Peru e Bolívia, relacionadas aos itinerários de saúde, considerando a intensificação da mobilidade migratória com a construção da Estrada Interoceânica Sul	As práticas de cuidados à saúde são orientadas tanto pela cultura quanto pela disponibilidade de recursos. Ações a serem planejadas e executadas por agentes locais e extralocais dos três países envolvidos: fomentar discussões entre os atores sociais, capacitar profissionais com ênfase nas demandas específicas, estabelecer/fortalecer ações conjuntas de vigilância epidemiológica entre os municípios de fronteira, fortalecer a infraestrutura e organizar os serviços de saúde dessa zona fronteiriça
Ramos N/ 2009	Mudanças	Saúde, migração e direitos humanos	Revisão de literatura	—	Analisar as relações e variáveis individuais e coletivas, implicadas nas questões da saúde e da doença, na acessibilidade aos serviços de saúde e no processo migratório e de aculturação	Existe um conjunto de fatores e determinações sociais associados a escolaridade, cultura, renda, trabalho e rede social que tornam os imigrantes um grupo particularmente vulnerável. Os migrantes reúnem um número mais grave de patologias devido ao diagnóstico e tratamento tardios e à carência psicossocial
Reis LM; Ramos N/ 2016	Rev. Ciênc. Plur	Migração, aculturação e saúde bucal de brasileiras e brasileiros residentes em Lisboa, Portugal	Exploratório qualitativo a partir de entrevistas	120 imigrantes brasileiros; 67 mulheres e 53 homens, residentes em Portugal, com 18 anos de idade ou mais	Conhecer os efeitos da migração e da aculturação sobre hábitos, comportamentos e práticas preventivas em saúde bucal de imigrantes	Em contexto migratório ocorreu uma diminuição na procura por serviços de saúde bucal. O processo de aculturação, o desconhecimento da nova realidade social e cultural, do modo de funcionamento das instituições do país de acolhimento, sobretudo dos serviços de saúde e a falta de

					brasileiros em Portugal	relações de confiança influenciam a saúde bucal de imigrantes
Santos FV/ 2016	Hist Cienc Saúde Manguinhos	A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas	Exploratório qualitativo etnográfico com observação participante, seminários, entrevistas e questionários	Entrevistas com 8 pessoas: gestores de saúde, religiosos, membros e dirigentes de associações humanitárias; e 450 pessoas responderam questionários	Investigar como o Sistema Único de Saúde (SUS) respondeu às demandas colocadas por um contingente inesperado de novos usuários em Amazonas, Brasil	As especificidades de gênero, de etnia e de cor, de classe, entre outras, atuam como fatores impeditivos para a plena garantia de direitos entre grande parte da população. Na região, muitos imigrantes continuam não documentados e marginalizados. Sobre o acesso dos haitianos ao sistema de saúde, aponta-se ausência de resolutividade na execução das políticas de saúde
Santos J; Drezett J; Alves AL/ 2015	Reprod. clim	Características socio demográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil, 2002-2014	Observacional longitudinal retrospectivo e documental	38 bolivianas residentes no município de São Paulo, Brasil, que solicitaram abortamento por gestação decorrente de estupro; idade entre 13 e 34 anos	Identificar características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de estupro, atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, entre 2002 e 2014	A violência sexual ocorreu principalmente na residência (26,3%) ou durante lazer (23,7%), praticada por desconhecido (63,2%) mediante violência física e ameaça (39,5%). A maior parte dos casos foi encaminhada por serviços públicos de saúde (39,5%). A gestação foi interrompida em 30 casos e o principal motivo de recusa do abortamento foi idade gestacional \geq 23 semanas. Os resultados sugerem que as migrantes bolivianas estão mais sujeitas ao estupro praticado com violência física e menor capacidade de comunicar o crime para a polícia
Urnau LC; Sekkel MC/ 2015	Psicol. soc.	Desafios às políticas públicas diante da desigualdade social: diálogos com residentes de um garimpo amazônico	Exploratório qualitativo etnográfico a partir de incursões ao garimpo, observações participantes e	22 pessoas de idades entre 25 e 87 anos, residentes em Rondônia, Brasil	Analisar os significados das políticas públicas locais, as histórias, os cotidianos e as expectativas de futuro dos entrevistados	As vivências passadas dos participantes unificam-se pela condição de pobreza, baixa escolarização e migração em busca de melhores oportunidades. O posicionamento crítico em relação a precariedades das políticas e dos serviços públicos de saúde disponíveis aos moradores do garimpo foi

			entrevistas			quase unanimidade entre os entrevistados
Waldman TC/ 2011	Rev. direito sanit	Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo	Observacional descritivo com análise de questionários e dados dos formulários dos atendimentos do Centro de Apoio ao Migrante	28 mulheres bolivianas na faixa etária entre 26 e 30 anos, residentes em São Paulo, Brasil	Identificar a potencial existência de entraves ao acesso aos serviços de saúde por parte de imigrantes bolivianas residentes na cidade de São Paulo	A maioria das entrevistadas já havia sido assistida, pelo menos uma vez, por algum serviço médico na cidade de São Paulo. Foram relatadas dificuldades para compreender a fala dos profissionais e para explicar os sintomas e preocupações. Houve percepção de reação negativa quando declaravam não entender o português. 72% declararam que existe discriminação no atendimento à saúde para brasileiros e migrantes
Zaitune MPA <i>et al</i> / 2006	Cad Saude Publica	Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil	Observacional transversal com questionários	426 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (média da idade de 69,8 anos); 208 do sexo feminino e 218 do sexo masculino; residentes em Campinas, SP, Brasil	Avaliar a prevalência da hipertensão arterial, analisá-la segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde e ao uso de serviços de saúde	A prevalência de hipertensão arterial revelou-se mais elevada nas mulheres, nas pessoas naturais de outros estados, nos não-brancos e nos idosos de menor escolaridade. Os idosos vindos de outros estados têm 50% mais chances de serem hipertensos do que os nascidos no estado de São Paulo. Os migrantes de outros estados apresentam menor escolaridade, menor renda per capita e menor posse de bens duráveis. As prevalências são superiores nos de menor renda, com menor número de bens e sem atividade ocupacional.

Os sistemas de saúde contextualizados foram os dos seguintes países: Brasil, Portugal, Bolívia, Guiana Francesa e Haiti. O Brasil, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e Portugal, com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), se assemelham na garantia constitucional do acesso à saúde gratuito, universal e integral para população, com a atenção primária como organizadora do sistema de saúde, de acordo com Almeida *et al*¹². A Guiana Francesa, local de estudo de Hanf *et al*¹³, por ser um território ultramarino francês, apresenta um sistema de saúde baseado no sistema francês, ou seja, um sistema universal de saúde por meio de seguradoras públicas de saúde.

Já na Bolívia, foi apontado por Mello¹⁴ que apenas os menores de 5 anos de idade e os maiores de 60 anos têm cobertura de atendimento gratuito, ficando a maior parte da população sem a cobertura pelo seguro social capaz de garantir o acesso universal aos serviços de saúde gratuitos.

Sobre o Haiti, foi exposto por Santos¹⁵ que, na maioria das situações, os haitianos buscam assistência em saúde somente em ocasiões que consideram graves, uma vez que o sistema de saúde apresenta a maior parte dos serviços de acesso privado e conta com significativa assistência de ONG e obras missionárias.

Em relação aos objetos de estudo dos artigos analisados, as seguintes categorias foram consideradas: doenças crônicas e infectocontagiosas no contexto da migração, impactos do processo migratório na saúde mental, migração sob a perspectiva da saúde da mulher, desafios na assistência aos refugiados e relações entre migração e trabalho.

Sobre doenças infectocontagiosas no contexto da migração, nove pesquisas abordaram essa questão como foco central, especificando as seguintes doenças: tuberculose (quatro artigos), HIV/AIDS (um artigo), hanseníase (dois artigos) e arboviroses (dois artigos), sendo um sobre malária. Ramos¹⁶ aponta a relação entre migração, pobreza, baixos níveis de escolaridade e conhecimentos e falta de acesso à assistência de saúde como precursores no

aumento de morbimortalidade por essas doenças. Além disso, a migração é indicada por Ramos¹⁶ e Murto *et al*¹⁷ como importante fator de risco para doenças tropicais negligenciadas, visto que está associada a riscos ambientais, ocupacionais, socioeconômicos e culturais.

As populações migrantes também estão associadas aos grupos de maior risco para desenvolver doenças crônicas como hipertensão arterial. Essa constatação está presente em quatro estudos e associada a determinações sociais de desigualdade nas condições socioeconômicas, em que migrantes se encontram entre os grupos de menores rendas e níveis de escolaridade. Por sua vez, esses grupos sociais são os que menos conseguem executar cuidados de prevenção como dieta saudável e práticas de atividade física, fato que os torna mais vulneráveis a doenças crônicas. Além disso, de acordo com Zaitune¹⁸, estão mais sujeitos a estresses psicológicos, como os determinados pelo processo de aculturação, tornando-os mais propícios a doenças cardiovasculares.

A questão sobre impactos do processo migratório na saúde mental representou o foco central de três estudos, mas a maioria dos artigos expôs essa questão, sob perspectivas e aprofundamentos distintos. Destaca-se que, mesmo que os serviços de saúde sejam acessados, muitas vezes a qualidade dos cuidados é insatisfatória devido à barreira cultural e do idioma, fato indicado por quatro estudos. Em cinco pesquisas, apontou-se a população migrante como vulnerável a desordens psicológicas, sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e drogas. Três dessas pesquisas relacionaram esses agravos a questões como dificuldades no processo adaptativo, falta de suporte e exclusão social, dificuldade em obter documentos, baixo nível de escolarização e desconhecimento sobre seus direitos e serviços existentes, condições estressantes e de insalubridade no trabalho, situação econômica precária, condições de moradia inadequadas, barreiras linguísticas e culturais, discriminação e esforços diários para sobreviver.

Em relação aos desafios na inclusão dos refugiados, quatro artigos se destacaram nessa abordagem e constataram que a alteração do curso de uma vida estabelecida num determinado país para a condição de refugiado se traduz em instabilidades e sofrimentos. O processo de refúgio ocorre em três fases principais: pré migratória, migração propriamente dita e pós migração. Três pesquisas relataram que cada fase apresenta desafios, sofrimentos e demandas específicas, as quais muitas vezes não são adequadamente abordadas no acolhimento e cuidados voltados a essa população.

No Brasil, três estudos apontaram que, apesar de existir a garantia constitucional do SUS, dificuldades no acesso aos serviços de qualidade são enfrentadas pelos refugiados, como barreiras culturais e linguísticas, desconhecimento dos seus direitos, da existência dos serviços de saúde e do seu funcionamento, ausência de estrutura, articulação e ações resolutivas nos serviços, principalmente os localizados em regiões de fronteiras, racismo, discriminação e despreparo profissional nos cuidados a essa população.

A migração sob a perspectiva da saúde da mulher foi evidenciada por seis artigos. Almeida *et al*^{12,19,20} apontaram que barreiras linguísticas e baixo nível de conhecimentos, principalmente sobre seus direitos, determinam prejuízos nos tratamentos e aumento do risco de agravos à saúde. Também apresentaram limitações profissionais em competência cultural e no estabelecimento de comunicação e relação adequadas como entraves para a qualidade dos cuidados. Em relação às migrantes bolivianas que vivem em São Paulo, três estudos constataram que a maioria percebe ser discriminada nos serviços. Além disso, visto que chegam ao Brasil sem muitas alternativas de sobrevivência, esses estudos relatam que elas são submetidas a condições degradantes de trabalho e de moradia, as quais constituem fatores de risco para abusos, violências e outros agravos à saúde.

As relações entre migração e trabalho são expostas na maioria dos artigos. A busca por um trabalho e, conseqüentemente, por melhores condições de vida, é mencionada por sete

pesquisas como uma das principais motivações do processo migratório. Ao mesmo tempo, foi constatado em nove artigos que o trabalho também é associado a importante fator de risco à saúde dos migrantes, uma vez que grande parte dessa população se encontra subordinada a condições ocupacionais insalubres, propiciando o desenvolvimento de doenças crônicas e infectocontagiosas. Esse problema é agravado quando trabalho e moradia ocupam o mesmo local, muito frequente nas situações de migrantes bolivianos, sujeitos a períodos ininterruptos de aglomeração em ambientes desfavoráveis, conforme exposto por cinco dos artigos estudados.

DISCUSSÃO

Relações entre migração e trabalho

Na maioria das situações, a migração é um caminho para alcançar melhor qualidade de vida. No contexto atual, melhores condições de vida estão fortemente associadas a angariar recursos financeiros, cujo principal meio para isso é o trabalho. Portanto, é possível afirmar que o trabalho está profundamente associado ao fenômeno migratório e é considerado o maior fator de atração aos territórios de entrada^{3, 21}. Essas afirmações estão de acordo com os resultados encontrados em sete dos estudos analisados, os quais apontam como importantes motivadores de imigração a busca por melhores oportunidades de trabalho e condições de vida.

Concomitantemente, conforme exposto na pesquisa de Moraes *et al*²¹, ao valorizar o lucro acima dos interesses sociais e humanos, o sistema capitalista é determinante nos entraves ao desenvolvimento de relações trabalhistas justas e seguras, condições dignas de trabalho e promoção de qualidade de vida aos trabalhadores e trabalhadoras^{21,22}.

Nesse contexto, vale ressaltar que, atualmente, muitos países passam por alterações nas leis trabalhistas, implementando contratos mais flexíveis e instáveis. Mesmo que a justificativa seja a de combater a crise econômica e o desemprego, tais mudanças resultam na precarização das relações empregatícias. E é nesse cenário que as populações migrantes buscam se inserir no mercado de trabalho em diversos territórios de destino. É relevante destacar que nove dos estudos analisados constatam que, diante das circunstâncias de vulnerabilidade social e jurídica que envolvem esses grupos, muitas vezes não encontram alternativas senão ocupar posições de subqualificação e subemprego, frequentemente em condições laborais precárias^{22, 23}.

A partir dos anos de 1990, o fenômeno da migração laboral se intensificou, principalmente nos setores que demandam grande contingente de mão de obra e em tarefas vistas como desprivilegiadas e subalternas. Sabe-se que essas ocupações são as de piores salários e marcadas por insalubridades²³. Em reforço a essa afirmação, Matsue²⁴ contextualiza a realidade vivida por migrantes brasileiros que trabalham no Japão, onde são designados a trabalhos impessoais, mecânicos e repetitivos, desprezados por grande parte dos japoneses. Nessa construção social do mercado de trabalho, observa-se o desenvolvimento da segregação étnico-racial na organização do sistema produtivo. Uma das consequências é a perpetuação e aprofundamento das desigualdades sociais e das discriminações institucionais^{23, 24}.

O mundo vivencia, portanto, um processo de reestruturação do sistema produtivo. Trata-se de uma nova forma de produzir, organizar e gerenciar o trabalho inserido no fenômeno da globalização e tecnologização. Constatam-se novas lógicas organizacionais para se alcançar a eficácia e a eficiência na produtividade, instalando-se o paradoxo crescente entre a globalização e a desigualdade, a modernização e a precarização do trabalho, com a produção de novos impactos na saúde e manutenção de velhas doenças do trabalho²⁵.

O estudo de Moraes *et al*²⁶ dialoga com essas questões ao apontar as contradições das atuais modernas agroindústrias e as precárias e sacrificantes condições de trabalho dos migrantes nas lavouras de cana-de-açúcar. Expõe a organização voltada ao máximo rendimento produtivo dos trabalhadores, que não recebem um salário fixo, mas são remunerados conforme sua produção diária. Nessa lógica capitalista, os fluxos migratórios são vantajosos no oferecimento de mão de obra temporária, sem vínculos empregatícios estáveis, explorando as necessidades de sobrevivência dos migrantes e suas famílias. Para conseguir o máximo de remuneração possível, o trabalhador chega a um excessivo nível de esforço, muitas vezes utilizando a automedicação para suportar as dores musculares e

osteomusculares e aliviar sintomas de doenças, uma vez que se ausentar do trabalho corresponde a uma menor renda.

Sob a perspectiva de imigrantes bolivianos no Brasil, em reforço aos achados nesta pesquisa, Miranda²⁷ aponta que há 25 anos, no mínimo, verifica-se importante fluxo migratório boliviano para as fábricas têxteis do município de São Paulo. E, apesar de denúncias contra formas de trabalho análogas ao de escravidão, ainda há evidências de migrantes que trabalham confinados, sob maus tratos ou outras condições ameaçadoras, como deportação e retenção de seus documentos.

Ainda que a relação trabalhista não seja estabelecida sob a situação mencionada, muitos migrantes bolivianos que trabalham nesse setor produtivo são expostos a longas jornadas, de catorze horas ou mais, em condições insalubres e sem garantia de direitos trabalhistas. Isso está de acordo com os achados de cinco estudos analisados nesta pesquisa, cujos participantes foram imigrantes bolivianos. Outra circunstância agravante, constatada pelos mesmos autores, refere-se ao esquema frequente de trabalhar e morar no mesmo espaço, mais comum entre os recém imigrados. Por mais que existam fatores institucionais, ideológicos e culturais em acordos consentidos entre empregadores e empregados, não deve ser menosprezado o domínio coercitivo e abusivo nessas relações empregatícias²⁷.

Em relação à saúde ocupacional, o trabalho pode ser visto sob duas perspectivas: o trabalho enquanto proporcionador de saúde, na medida em que possibilita a manifestação do potencial humano e melhores condições de vida, e o trabalho como adoecedor, quando explora a força humana e extrapola seus limites, debilitando a saúde do trabalhador e enfraquecendo sua dignidade²⁵. Especificamente sobre as populações migrantes, sua saúde ocupacional deve ser avaliada não apenas no tocante às condições de trabalho, mas ao todo do seu contexto migratório.

Nessa realidade, é importante mencionar que muitos migrantes deixam de buscar assistência à saúde, mesmo em situação de ferimentos e doenças^{26, 28}. Os motivos variam e estão principalmente relacionados a desconhecimentos sobre os serviços e/ou seu funcionamento, indicado por cinco artigos; desconhecimento sobre seus direitos de acesso aos serviços, citado em dez estudos; dificuldades relacionadas a barreiras culturais e linguísticas, apontadas em treze artigos; inseguranças relacionadas a ter a renda diminuída e/ou ao risco de perder o trabalho, citadas por dois estudos.

Uma vez que, na maioria das situações, estão sujeitos a trabalhos que exigem intensos esforços físicos e alta produtividade, é frequente a identificação de problemas ocupacionais associados aos seguintes riscos:

- Os riscos físicos, como ruídos, choques, inadequação de temperatura, iluminação e ventilação²⁹ são frequentemente associados às fábricas, tanto as de costura em que migrantes bolivianos trabalham, evidenciado por cinco dos estudos analisados, quanto as de produtos eletrônicos e alimentícios em que trabalham os migrantes no Japão, de acordo com Matsue²⁴. Nas lavouras de cana-de-açúcar, conforme exposto por Moraes *et al*²⁶, os migrantes estão expostos a baixas umidades, altas temperaturas, sem adequada hidratação, chegando a sofrer hipertermia e desidratação.

- Os riscos químicos são apontados na inalação de poluentes produzidos pela queima da palha²⁹, como relata Moraes *et al*²⁶ em relação ao que ocorre nas lavouras de cana-de-açúcar;

- Os riscos biológicos ocorrem pela aglomeração e grande proximidade entre os trabalhadores em determinados ambientes de trabalho²⁹, por várias horas seguidas, existindo alto risco de transmissão de doenças infectocontagiosas, como infecções respiratórias, fato exposto pelas pesquisas que investigaram a situação da tuberculose entre migrantes bolivianos;

- Riscos mecânicos e de acidentes existem principalmente pelas condições ambientais inadequadas no trabalho²⁹, como a falta de iluminação, exaustão decorrente do intenso desgaste físico e pela alta exigência de produtividade que determina movimentos sujeitos a erros operacionais. Isso é visto por Moraes *et al*²⁶, na sobrecarga física imposta pelo trabalho do corte de cana-de-açúcar, e percebido no estudo de Matsue²⁴, ao citar a forma de produção de alto rigor produtivo exigido dos migrantes brasileiros nas fábricas japonesas. Já os ambientes insalubres, com aglomeração e inadequada iluminação, são apontados pelos estudos sobre os migrantes bolivianos e seus locais de trabalho.

- Os riscos ergonômicos e psicossociais são determinados por trabalhos repetitivos²⁹, por longos períodos diários, com exigência de agilidade exaustiva, controle rígido de produtividade e carregamento de peso, causando dores e possível desenvolvimento de doenças do sistema nervoso e do sistema osteomioarticular relacionadas a esses tipos de trabalho. No geral, trabalhos mecânicos e repetitivos são percebidos com hostilidade e estresse psicológico e físico, altamente adoecedores. É possível inferir que muitos desses grupos de migrantes provavelmente sofram de pelo menos um desses problemas, considerando os tipos de trabalho relatados nas pesquisas: produção em fábricas de tecidos (migrantes bolivianos no Brasil) e de componentes eletrônicos (migrantes brasileiros no Japão), corte de cana-de-açúcar em cadeia produtiva de agronegócio e trabalho garimpeiro (migrantes internos brasileiros).

Para além do trabalho exercido, é essencial a compreensão das determinações socioculturais e econômicas nas populações migrantes. Conforme indicado por quatro artigos, grande parcela não possui o privilégio de determinar seu próprio trabalho, mesmo que exista o desejo de realizar uma ocupação diferente da que exerce, uma vez que as iniquidades sociais impossibilitam a igualdade de oportunidades. As desigualdades nas condições de vida,

portanto, determinam, nos diversos grupos sociais, a possibilidade de exercício ocupacional mais ou menos digno e saudável³⁰.

As condições precárias de vida não estão somente na falta de acesso a bens materiais, mas também na falta de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas, assim como na diminuição da capacidade em atuar a favor de sua qualidade de vida. Portanto, de acordo com os estudos que relacionaram as populações migrantes e questões do trabalho, é possível compreender que muitos trabalhadores se submetem a trabalhos insalubres e adoecedores não pela própria escolha, mas pela sua necessidade de sobrevivência e pelas suas condições de vida, impostas pelos mecanismos estruturais que perpetuam a estratificação social e suas iniquidades³⁰.

Impactos do processo migratório na saúde mental

O processo migratório representa um importante fator de risco para a saúde mental das populações submetidas a essa circunstância. Essa associação é encontrada na maioria dos artigos desta pesquisa. Existe a tendência de esse risco ser mais facilmente identificado em pessoas que vivenciaram situações extremas, como guerras, perseguições e misérias^{31, 32, 33, 34}. No entanto, de acordo com quatro dos estudos analisados, são diversos fatores que exigem esforços diários para sobreviver, sob múltiplas adversidades, que contribuem para esse fenômeno: separação de familiares e amigos, perda do status social, situação de ilegalidade, condições precárias de trabalho e moradia, processo de aculturação e adaptação a novo idioma, estigmas, discriminação e falta de suporte social^{31, 32, 33, 34}.

É relevante destacar que os riscos para o adoecimento mental e gravidade das doenças se apresentam mais elevados em determinadas populações de migrantes: as de mulheres, crianças, adolescentes, e as de refugiados. No geral, identificam-se nesses grupos altos índices

de transtorno do estresse pós-traumático, depressão e uso de tabaco, álcool e outras drogas^{32, 33, 34, 35}. Essas constatações estão de acordo com quatro dos artigos analisados.

Concernente às mulheres, segundo apontamentos realizados por Antunes³⁵, os impactos na saúde mental são consequências, principalmente, dos efeitos de violência doméstica e sexual e perda ou separação de suas crianças. Além disso, devido ao baixo suporte social, somado às condições adversas do cotidiano e acúmulo de responsabilidades no lar e no ambiente de trabalho, as migrantes enfrentam maiores dificuldades em acessar serviços de saúde, praticar e receber cuidados de saúde adequados, expressando altos níveis de sofrimento mental e maior prevalência de depressão pós-parto em relação às não-migrantes^{33, 35}.

Antunes³⁵ também demonstra que crianças e adolescentes manifestam variados graus e apresentações de problemas psicológicos, emocionais e comportamentais, conforme suas experiências traumáticas. São apontados os seguintes fatores como principais influenciadores: idade, sexo, país de origem, separação ou perda dos pais, lesões corporais, violências, escassez de alimentos e água, vivência em campo de refugiados. Em evolução ao processo migratório, os estudos de Antunes³⁵ e de Bustamante *et al*³⁶ apontam que esse grupo se depara com as tensões associadas à cultura, idioma e adaptação escolar, que podem ser agravadas por discriminação e violência racial. Existe, também, uma mudança no papel familiar e sobrecarga de responsabilidades, quando crianças e adolescentes adquirem competências culturais e linguísticas, passando a exercer intermediações sociais para seus familiares^{33, 35, 36}.

No que se refere aos grupos de refugiados, os problemas variam de acordo com as vivências no decorrer das fases migratórias, que podem expor a variados níveis de desafios, violências e sofrimentos. Na fase pré-migratória, destacam-se danos causados por torturas e traumas relacionados a violências e ameaças à própria vida e a de pessoas queridas. Nas

outras fases, o tempo de duração do deslocamento, as condições do processo, especialmente nas vivências em campo de refugiados, e a forma como são acolhidos no território estrangeiro são apontados como principais determinantes para o estado de saúde desse grupo^{33, 35}. Essas informações também são expostas nas pesquisas de Santos¹⁵ e de Antunes³⁵.

Em relação à experiência identitária do migrante, de acordo com Ramos¹⁶, o processo migratório institui vivências e sentimentos singulares em cada pessoa. O migrante é, na maioria das vezes, associado ao seu lugar de origem e a sua trajetória, despertando, nas novas relações sociais, curiosidades acerca de suas experiências exóticas. A princípio, aceita-se essa forma de associação, que não é isenta de constrangimentos; no entanto, existe a tendência de se restringir e estigmatizar a identidade do migrante, negando-lhe a complexidade e riqueza da constituição do seu ser, inerente a todas as pessoas.

Esse pensamento está sincronizado aos de 17 estudos analisados, os quais ressaltam a necessidade de se olhar para a integralidade do ser migrante, considerando e respeitando suas singularidades e culturas. Pelo fato de sempre ser percebido como diferente, destoante dos padrões da sociedade, *a migração permanece nas suas vidas como uma ferida sempre aberta, um hiato por significar*³⁴. O sofrimento em relação às questões de identidade também é sentido na descaracterização das funções laborais, quando, por exemplo, existe a necessidade de assumir cargos inferiores e diferentes ao da sua formação profissional³⁷.

Além do migrante, atenção diferenciada deve ser direcionada aos seus descendentes. Estes são cotidianamente marcados por experiências identitárias ambíguas, indeterminadas ou conflituosas; embora tenham nascido em território diferente do de seus ascendentes, carregam suas características culturais e fenotípicas. Somado a isso, existe um constante estado de não pertencimento, uma vez que não são reconhecidos como nativos no território em que nasceram, tampouco são reconhecidos como cidadãos na terra natal de seus antecessores³⁴. Essas afirmações estão em consonância com o que é citado na pesquisa de Ramos¹⁶.

Existem, ainda, em acordo com Ramos¹⁶, conflitos intergeracionais relacionados a diferenças nas aproximações culturais e habilidades linguísticas. Portanto, *migrantes experimentam justamente uma transformação (frequentemente dolorosa) da percepção identitária de si, do valor social das suas referências culturais de origem, e da aura das suas ilusões de partida*³⁴. Todo esse contexto, imerso num conjunto de fatores desafiadores da sobrevivência diária, propicia o desenvolvimento de sofrimento existencial e de doenças.

Ao mesmo tempo em que parte significativa dos estudos analisados associou o processo migratório com altos riscos de adoecimentos mentais, vale ressaltar a necessidade de cautela para não generalizar e medicalizar os sofrimentos e realidades particulares de cada migrante, transformando experiências singulares em doenças e síndromes³⁴. Em conformidade com três dos artigos analisados, para além da assertividade diagnóstica e terapêutica, também deve se priorizar a relação entre terapeuta e migrante, a fim de compreender o integral contexto desencadeador dos sofrimentos desses grupos. Para tanto, sugere-se o fortalecimento do diálogo e a prática da escuta aberta às diferenças do outro, da validação das experiências relatadas e da valorização do papel do acolhido na construção compartilhada das significações das experiências³⁴.

Cerca de 60% dos estudos associaram a experiência migratória com maior vulnerabilidade para o sofrimento mental e desenvolvimento de psicopatologias. Entretanto, avalia-se que o Brasil não oferece serviços de saúde preparados para atender as necessidades das populações migrantes, conforme foi apontado por Bustamante *et al*³¹. Como reforço dessa afirmação, vale ressaltar alguns dos resultados obtidos nos estudos analisados, como o apontamento de discriminação percebida na assistência em saúde por parte de bolivianas e a verificação de que somente a possibilidade de acessar os serviços não é suficiente para garantir cuidados adequados. Portanto, são necessárias equipes preparadas tanto em competências técnicas quanto no estabelecimento de comunicação efetiva, capacitadas em

desenvolver estratégias resolutivas para o acolhimento apropriado a grupos identitários diversos.

A qualidade dos serviços de saúde para as populações migrantes

Em relação aos entraves para o acesso aos serviços, dez estudos apontaram aspectos burocráticos nos entraves ao atendimento, como casos em que imigrantes deixam de receber assistência por não possuírem documentos ou comprovante de residência. Acrescenta-se que muitos profissionais ainda não conhecem o protocolo de solicitação de refúgio (documento provisório que refugiados recebem ao adentrar o país), fato que também dificulta o atendimento na saúde e em outras instituições³⁷.

Existe, portanto, a necessidade de se buscar ativamente populações que ainda não acessam os serviços de saúde por desconhecer seus direitos dentro do sistema de saúde brasileiro ou por inseguranças relacionadas à indocumentação³⁸.

Constatou-se também, em seis pesquisas analisadas, a existência de múltiplos desafios para a concretização de políticas públicas nacionais resolutivas, como falta de orçamento específico para atender às demandas dos imigrantes, inexistência de uma política nacional de atenção à saúde aos imigrantes e refugiados no Brasil e falta de ações articuladas entre os serviços de assistência. Diante disso, grande parte da assistência a essas populações é realizada pela sociedade civil, como movimentos sociais e organizações não governamentais (ONG)^{37, 39}.

Como consequência dessas constatações, mais da metade dos estudos identificaram barreiras para o alcance da assistência de qualidade. Apresentam-se entre as principais: discriminação e racismo, intolerância cultural, dificuldade em se estabelecer comunicação adequada devido à diversidade do idioma^{37, 38}.

É relevante considerar que existe importante associação entre o grau de dificuldade em acessar os serviços e a qualidade dos cuidados proporcionados com o modelo assistencial e organização do sistema de saúde vigente em cada país.

O modelo de proteção bismarckiano, adotado por países como França e seus territórios ultramarinos, caso de Guiana Francesa, local de pesquisa de Hanf *et al*¹³, é baseado em seguros sociais de saúde e depende das contribuições em poupança compulsória de empregadores e trabalhadores empregados. Esse modelo implica no usufruto dos serviços somente pelas pessoas que contribuem, ou seja, trabalhadores com vínculo empregatício. Essa condição pode representar importante barreira ao acesso dos serviços pelos migrantes, dado o desafio de encontrar oportunidades de emprego, especialmente nos período inicial da fase de pós-migração. Já o modelo beveridgiano, instituído, por exemplo, em Portugal, local de estudo de quatro pesquisas, corresponde aos serviços nacionais de saúde, com universalidade do acesso aos serviços mediante a contribuição fiscal de todos⁴⁰.

O último modelo citado se assemelha ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, associado à maior parte dos estudos, instituído pela Constituição Federativa de 1988. Prioriza a orientação e articulação pela Atenção Primária à Saúde (APS), com bases nos princípios e diretrizes de universalidade, integralidade da atenção, equidade, descentralização e participação social. Nos serviços desse sistema, o atendimento não pode ser impedido por nenhum tipo de barreira, como pagamento de taxas, discriminação de origem, raça, gênero, sexo, identidade de gênero, estado de saúde ou qualquer outra circunstância⁴⁰.

Quando o Estado não assume a responsabilidade de garantia à saúde, a maioria da população precisa comprar os serviços, de acordo com sua capacidade de pagamento. Esse modelo gera importantes iniquidades, em que grande parcela da população fica sem acesso a seguros públicos ou privados⁴¹. Essa situação ocorre na Bolívia, cujo Sistema Nacional de Saúde da Bolívia foi pesquisado por Mello¹⁴. É formado por um conjunto de entidades,

instituições e organizações públicas e privadas. Apesar de existir a oferta de serviços pelo setor público, a porcentagem da população sem cobertura é muito alta, atingindo 33,7% em 2011⁴². Entre outras implicações, Mello¹⁴ revela que muitos bolivianos migram para o Brasil sem nunca ter recebido assistência em saúde. Ainda, o desconhecimento sobre seus direitos no sistema brasileiro por grande parte desse grupo é um dos fatores impeditivos ao acesso dos serviços. Esses fatores requerem especial atenção a essa população, com estratégias de busca ativa e identificação precoce de pessoas e famílias com problemas de saúde.

Constatou-se, em quatro pesquisas analisadas, que a APS apresenta-se como o modelo assistencial mais adequado e efetivo para melhorar a qualidade de cuidados voltados à saúde das populações migrantes³³. Um reforço a essa afirmação é a possibilidade de interlocução entre a comunidade e a equipe de saúde através do Agente Comunitário de Saúde, essencial membro da equipe capaz de realizar essa intermediação³⁸, conforme evidenciado no estudo de Carneiro Júnior *et al*⁴³. Em sua plena execução, a APS é capaz de oferecer atenção integral de forma contínua, universal e equânime, por meio de cuidados primordiais a pessoas e grupos populacionais que apresentam variados e múltiplos problemas de saúde determinados por práticas institucionais e políticas e por fatores socioculturais, ambientais, físicos^{40, 44, 45}.

Além disso, a APS é o nível de atenção articulado aos níveis secundário, terciário e serviços de emergência, que oferece a entrada no sistema e fornece cuidados essenciais à saúde das pessoas sob diversas condições. Uma vez que a condição de migrante é marcada por instabilidades e inseguranças, o estudo de Alves⁴⁶ indica o estabelecimento de redes sociais integradas como facilitador do processo de adaptação e diminuição de vulnerabilidades. Para alcançar isso, a APS se apresenta como potente estratégia, por ser capaz de organizar e integrar a atenção e os equipamentos sociocomunitários de acordo com os problemas apresentados e contextos da existência da doença que determinam as respostas das pessoas aos problemas diagnosticados. Ressalta-se que essa atenção é longitudinal,

singular e compartilhada, visto que o enfrentamento das determinações da doença e da saúde é realizado junto às pessoas, suas famílias e comunidade, de forma contextualizada à realidade social^{40, 44, 45}.

Referente aos cuidados voltados às crianças e adolescentes migrantes, a APS bem articulada aos equipamentos sociocomunitários também se apresenta como melhor estratégia para enfrentar dificuldades encontradas por esse grupo, inclusive problemas de acesso aos serviços de saúde. Nesse nível de atenção, é possível realizar intervenções multiprofissionais nas escolas, com equipes de saúde e educadores, implementando programas de prevenção primária e secundária. Segundo o exposto por Antunes³⁵, o ambiente escolar possibilita organizações comunitárias e articulação com familiares das crianças e adolescentes. Tais intervenções se apresentam como valiosas oportunidades para integração social, auxiliando na construção de relacionamentos, compartilhamento de saberes e compreensão de valores culturais.

Uma vez que barreiras culturais e linguísticas são apontadas em 17 artigos como importante entrave à assistência de qualidade, a articulação com intérpretes profissionais e mediadores culturais é colocada, por três dos artigos, como uma das medidas necessárias. Antunes³⁵ ressalta a necessidade de se investigar a possibilidade de a posição social do mediador representar alguma ameaça ou influenciar negativamente nos cuidados, salientando que familiares e amigos não devem exercer esse papel, em cumprimento dos princípios éticos nas práticas de assistência. Além disso, o intérprete ou mediador deve ser adequadamente capacitado, reunindo-se previamente com os profissionais da equipe de saúde, com o objetivo de planejar atendimentos de acordo com os princípios éticos, que proporcionem comunicação eficaz com liberdade para a expressão de problemas e preocupações relacionados às manifestações físicas, psicoemocionais e socioculturais^{33, 35}.

A institucionalização da atuação de intérpretes profissionais em outros países, como Austrália, Canadá e Estados Unidos, tem demonstrado capacidade de minimizar riscos e garantir a eficácia dos serviços de saúde. No Brasil, apesar da evidente demanda por profissionais intérpretes e mediadores culturais nas instituições públicas, a normatização existe apenas para intérpretes de Língua Brasileira de Sinais. Em relação a idiomas estrangeiros, a atuação de intérpretes é recrutada de forma pontual, como as contratações temporárias vinculadas à Secretaria de Saúde, em vigência da Olimpíada Rio 2016. Em consequência disso, imigrantes são atendidos de forma improvisada, por tradutores voluntários e sem preparo técnico, dificultando a assistência ética e eficaz⁴⁷.

A capacitação profissional no contexto das migrações

Do total de estudos analisados, 15 apontam para a necessidade de aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde e das capacitações de gestores e profissionais de saúde. Essa medida deve compreender as realidades e vulnerabilidades das populações migrantes e atender as suas demandas com execução de estratégias específicas que assegurem seus direitos e acesso a serviços de saúde de qualidade³⁸.

A incompreensão sobre as realidades singulares e diversas dos grupos imigrantes pode ser ilustrada pelo caso de uma escola de São Paulo, em que crianças refugiadas foram diagnosticadas como autistas por dificuldades em se relacionar com os colegas, ignorando-se a presença das barreiras culturais e linguísticas nessas relações³⁷.

É evidente a urgência da capacitação profissional no estabelecimento da comunicação eficaz com essas populações, não somente para transmitir informações relacionadas aos procedimentos; esse preparo é essencial para a construção da relação ética e autônoma entre equipes de saúde e usuários, isenta de constrangimentos e infrações ao sigilo médico,

situações frequentes em que familiares, muitas vezes as crianças, exercem a interlocução em consultas médicas³⁷. Essa questão é abordada nos trabalhos de Antunes³⁵ e de Bustamante *et al*³⁶.

Além do aperfeiçoamento na capacidade comunicativa, a experiência do Ambulatório Transcultural do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC/FMUSP), demonstra que também é necessário o investimento em competência cultural, formando profissionais de saúde capazes de manejar cuidados adequados em contextos culturais diversos³⁷. Essa referência é congruente com os achados de 17 das pesquisas analisadas e reforçado pelo exemplo do desafio vivido no IPq/HC/FMUSP, em que um imigrante se recusava a fazer exames diagnósticos para tuberculose, alegando a espiritualidade como causa da doença³⁷. Santos¹⁵ também relata uma experiência desafiadora, ao revelar que a agulha possui um significado diferenciado para alguns haitianos, em função de seu uso em práticas da religião vodu, o que torna complexos alguns procedimentos reconhecidos como simples, tal qual a coleta de sangue.

Em situações como as citadas, a equipe profissional deve estar preparada para a conduta compartilhada, dialogando sobre a necessidade dos procedimentos baseados em evidências científicas, sem desvalorizar o contexto cultural em questão³⁷.

Alvarez³⁷ aponta outra realidade para a qual as equipes profissionais devem ser capacitadas, relacionadas às questões de gênero e sexualidade. Existem demandas específicas, como as manifestadas por mulheres muçulmanas que não podem ser tocadas por profissionais homens, que devem ser compreendidas e respeitadas.

Aprofundando essa abordagem, há evidências de necessidade em proporcionar capacitação profissional sobre orientação sexual e identidade de gênero nos cuidados voltados às populações migrantes. A justificativa está nos contextos específicos que esses grupos apresentam, de acordo com o artigo de Antunes³⁵, como situações em que perseguições por

intolerância relacionada à orientação sexual ou identidade de gênero motivam o refúgio no Brasil^{37, 48}. Nessas circunstâncias, toda a equipe do serviço deve estar apta a garantir o espaço protegido para a assistência, assegurando o sigilo e a privacidade, uma vez que essas pessoas precisam de segurança na construção das novas relações sociais, especialmente entre imigrantes vindos do seu mesmo país de origem. Além do ambiente seguro, deve-se implementar estratégias a fim de promover espaços acolhedores para que imigrantes com essas demandas sintam-se confortáveis em expor suas identidades e orientações⁴⁸.

Referente à abordagem psicanalítica, Gebrim³⁷ concorda sobre a existência de necessidades específicas das populações migrantes que devem ser atendidas, mas ressalta que, antes de tudo, deve-se priorizar a resolução da *universalidade do sofrimento*, ou seja, problemas enfrentados por toda a população e negligenciados pelos poderes públicos. Afirma que todos os grupos sociais, brasileiros ou não, serão beneficiados pelo investimento em instituições e profissionais capacitados a reconhecer e resolver as questões sociais envolvidas nos problemas de saúde; toda a sociedade evoluirá quando as questões socioculturais deixarem de representar barreiras para o acesso a serviços de qualidade; e todas as pessoas ficarão mais satisfeitas com atendimentos por profissionais empáticos às demandas singulares de cada pessoa.

Em consonância a esse pensamento, Lechner³⁴ defende que melhorias nas práticas terapêuticas voltadas aos migrantes correspondem a ações políticas, em reflexo ao próprio processo migratório, fato igualmente político. Esse ponto de vista também está presente em 11 das pesquisas estudadas. Portanto, investir na resolutividade dos problemas apresentados pelos migrantes significa progredir no aperfeiçoamento geral das instituições e serviços, favorecendo toda a sociedade atendida.

Em relação a profissionais da Medicina, todas essas considerações acerca do aperfeiçoamento profissional encontram respaldo nas Diretrizes Curriculares Nacionais do

Curso de Graduação em Medicina de 2014 (DCN)⁴⁹. A capacitação médica, conforme as preconizações das DCN, prevê a formação em Medicina voltada às reais necessidades sociais e de saúde das populações, praticando o cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, nas áreas de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação na Saúde.

Na Atenção à Saúde, os cuidados devem ser singularizados, atentos à determinação social do processo saúde-doença, valorizando-se a diversidade biológica, identitária, social, cultural e econômica, com objetivos de consolidar o acesso universal à saúde, com promoção da equidade, integralidade, humanização e práticas de saúde com qualidade, segurança e resolutividade⁴⁹.

Na construção desses valores, deve-se compreender que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos políticos, socioeconômicos e culturais de práticas de exclusão social que determinam maiores riscos de adoecimento e morte das populações negligenciadas. Entre tais práticas, é necessário destacar os mecanismos institucionais como importantes geradores de impactos negativos na saúde dessas populações, como barreiras estruturais interpostas por preconceitos que resultam em precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência institucional e comunitária^{30, 50}.

As DCN também instituem que a formação deve ser fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, considerando que o resultado do encontro entre profissionais e pessoas/famílias/comunidades depende da postura de cada profissional, do seu conhecimento técnico, da sua capacidade de construir vínculos e de compreender os valores, saberes, desejos e necessidades dos que são cuidados. Por conseguinte, também é imprescindível a comunicação adequada, por meio de linguagem verbal e não verbal, com responsabilidade, empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade e garantindo a compreensão e a segurança de todos os envolvidos no cuidado⁴⁹.

A Gestão em Saúde na formação de Medicina deve fornecer a compreensão dos princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, capacitando o profissional para ações de gerenciamento e administração que promovam o bem estar das pessoas e dos seus núcleos familiares e comunitários. Para tanto, a Gestão do Cuidado deve encaminhar para o desenvolvimento de planos terapêuticos individuais e coletivos, sob a ótica da valorização da vida e tomada de decisões que produzam melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde das diversas populações. Além disso, deve ser privilegiada a formação em trabalho com equipe multiprofissional e a participação ativa da construção do sistema de saúde e de políticas sociais, com participação social articulada à comunidade⁴⁹.

Em relação à Educação em Saúde, as novas realidades sociais, com suas mudanças políticas e emergência em renovações de políticas sociais e de saúde, exigem uma habilitação profissional voltada para a compreensão dos contextos políticos e socioculturais e da lógica popular^{49, 51}. Vale ressaltar que as DCN⁴⁹ preconizam, inclusive, o domínio de línguas estrangeiras como parte do processo de educação contínua, uma vez que está de acordo com o compromisso profissional de aperfeiçoar as práticas de cuidados, de forma condizente com as necessidades sociais.

Para atingir tais requisitos, a formação em Educação Popular, por valorizar a expressão da cidadania e promover a consciência sobre as responsabilidades políticas e sociais, corresponde a um caminho adequado para preparar os profissionais, de acordo com o mercado de trabalho dentro das realidades sociais e com as novas DCN. Valorizando-se atitudes de socialização dos saberes e incorporação de novos conhecimentos e práticas, a formação deve fornecer aprendizados sobre redes de significados simbólicos presentes nos comportamentos, práticas e discursos do cotidiano das populações, impulsionando o aprendizado da interpretação seguida pela orientação do cuidado centrado nesse novo conhecimento^{49, 51}.

Todas essas competências preconizadas pelas DCN estão de acordo com a visão da maioria dos artigos estudados, referente à qualificação profissional na área da saúde com o objetivo de atender às demandas populacionais. Ao encontro dessas atitudes, defende-se a construção do vínculo e disposição para se despojar de preconceitos, abrindo espaço para a construção contínua de novos valores e imprimindo esforços para executar práticas e intervenções em saúde com respeito, compreensão e acolhimento nos diversos contextos socioculturais^{49, 51}.

O Estado no contexto das migrações

O relatório de 2018 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH)⁵² sobre as violações de direitos contra imigrantes venezuelanos no Brasil apontou desarticulação entre os três níveis de governo (municipal, estadual e federal), falta de interesse em cooperar e baixo nível de compartilhamento de informações sobre o fluxo migratório, resultando em desassistência aos imigrantes, violações dos direitos humanos e potencialização de suas vulnerabilidades. Essas questões também foram apontadas pelo artigo de Santos¹⁵, em relação à imigração haitiana no Brasil, no período entre 2010 e 2012. Referente aos imigrantes venezuelanos, observou-se que grande parte da atenção e assistência aos imigrantes foi realizada pela sociedade civil com o apoio dos órgãos ACNUR, OIM e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)⁵².

Apontou-se que grupos migrantes indígenas não estão recebendo assistência adequada nem garantia de respeito pela sua integridade; enfrentam dificuldades em serem compreendidos quanto ao status protetivo especial a que têm direito e não são respeitados quanto aos seus direitos culturais e de modos de vida⁵². Em reforço a esses apontamentos, Grenfell *et al*⁵³, no estudo sobre acesso aos serviços de saúde por comunidades seminômades

Yanomami, identificaram problemas de saúde decorrentes de falta de saneamento básico, de acesso à educação pelas mães e falta de acesso a estradas e aos serviços de saúde.

Em relação aos serviços de saúde, o relatório apontou insuficiência nos atendimentos e na resolução de problemas de saúde. Houve dificuldades de acesso ao sistema por imigrantes que não possuíam o cartão de saúde do SUS e casos de necessidade de muita insistência para conseguir internações. Também foram reportadas grandes dificuldades para conseguir deslocamentos até uma unidade de atenção básica ou hospitais. Além disso, os tratamentos não-indígenas são percebidos com ressalvas por algumas populações migrantes, como a da etniawarao⁵². Conforme discorrido anteriormente, dificuldades semelhantes também aparecem em artigos analisados nesta pesquisa.

Entre outros problemas importantes, também foram reportados: abrigamentos sem condições mínimas de acolhimento, com superlotação, falta de alimento e água; agressões e mortes por violências causadas por não-migrantes; morosidade na emissão de documentos e na regularização migratória; falta de proteção às crianças; impedimentos de acesso à escola; denúncias de tráfico de pessoas para fins de exploração sexual; trabalhos em condição análoga de escravidão⁵².

Ao reconhecer, em fevereiro de 2018, a situação de vulnerabilidade decorrente do fluxo migratório provocado por crise humanitária na República Bolivariana da Venezuela, o governo federal brasileiro avançou em tímidas medidas, como a abertura de crédito extraordinário para a assistência emergencial aos imigrantes, ações de segurança e acolhimento na área de fronteira e um incipiente plano de interiorização. Ainda assim, o CNDH manifestou preocupação sobre a militarização da resposta humanitária à chegada dos imigrantes e afirmou que as medidas adotadas não se demonstraram capazes para alterar o quadro de insuficiência e de violações de direitos constatados⁵².

Evidencia-se, portanto, a falta de plena conscientização do Brasil como Estado Democrático de Direito, em que decisões governamentais e participações sociais devem ser pautadas nos direitos humanos e promoção da justiça social³⁹. Alvarez³⁷ acrescenta que ainda não existe o olhar sobre os migrantes como pessoas com potencial para contribuir no desenvolvimento da sociedade. Em consequência disso, conforme constatado na maior parte dos estudos analisados, as populações migrantes sofrem preconceitos e discriminação social.

Instalam-se, portanto, posturas contraditórias dentro da sociedade, reproduzidas pelos governantes: alguns setores, em aproximação a ideologias xenofóbicas e discursos sobre segurança nacional, defendem uma política migratória mais restritiva, sob a justificativa de o Estado não ser capaz de atender nem às demandas internas do seu próprio povo; em contraposição, outros setores afirmam que o Estado deve garantir plenamente os direitos aos imigrantes, assistindo-os no acesso aos serviços de saúde e condições adequadas de trabalho, habitação e educação³⁹.

De acordo com Fassin⁵⁴, o curso da vida tanto pode ser limitado ou cerceado por violências políticas e estruturais, quanto pode ser expandido na medida em que políticas sociais e de saúde são adequadamente executadas, respeitando-se valores culturais e demandas das populações. Para o autor, por mais que a sociedade contemporânea responda às necessidades das populações vulneráveis com injustiças, deve-se insistir na valorização das vidas através das lentes e vozes de cada pessoa que compõe tais populações; seus sofrimentos, perspectivas e como vivenciam cotidianamente as políticas existentes.

Em consonância a esse pensamento, compreender os traumas e os sofrimentos sociais decorrentes do processo migratório é fundamental para se pensar a governabilidade da saúde pública, as políticas sociais e de saúde, sob a luz da necessidade de se ver além do tratar de corpos e doenças, mas cuidar oferecendo possibilidades de vida e transformação na forma de viver⁵⁵.

Fassin⁵⁶ elucida que a construção social da discriminação é um processo histórico antigo e se traduz num *tratamento desfavorável ligado ao uso de um critério ilegítimo – aqui em função da origem da pessoa, da cor de sua pele, da consonância de seu patrimônio, da sua suposta religião*, fato que inviabiliza a concretização do princípio da igualdade de direitos decretada pela Constituição Federal.

No entanto, apesar dos impactos perversos decorrentes de atos discriminatórios, percebem-se omissões e falta de reconhecimento da importância desse fenômeno, especialmente por se desconhecer a variedade de contextos em que tal se manifesta. Por exemplo, parte considerável da sociedade reconhece a discriminação somente em suas manifestações extremas e, em várias ocasiões, desvaloriza os grupos discriminados, apontando-os como vitimistas. Contudo, ao expor o cenário francês, Fassin⁵⁶ aponta que a maioria das pessoas que sofre atos discriminatórios decide não prestar queixas, ilegitimando a desqualificação das vítimas.

Uma importante consequência dessas negligências é a ausência de meios adequados para se combater a discriminação e reconhecer verdadeiramente os direitos dessas pessoas. Por conta disso, aproximadamente 41% dos artigos estudados demarcaram a necessidade de implementação de políticas e ações sociais efetivas e inclusivas, com promoção de cultura não discriminatória.

No Brasil, essa necessidade é reforçada pela inexistência de uma política nacional de atenção à saúde aos migrantes³⁷. Em contrapartida, em maio de 2017, ocorreu uma revisão legislativa que substituiu o Estatuto do Estrangeiro, de 1980, pela Lei de Migração, prevendo maior acolhimento às populações que entram no país^{37, 57}. A nova lei considera os migrantes como cidadãos, ao estabelecer as seguintes principais mudanças: proteção aos apátridas, acolhimento humanitário, regularização documental e direito à manifestação política⁵⁷.

Reconhecer a cidadania dos migrantes pode ser um avanço na construção de políticas públicas voltadas a essas populações, uma vez que a cidadania compreende o pertencimento à comunidade política, fato que institui uma integração social e compartilhamento de valores, com participação ativa na sociedade. A cidadania dispõe sobre um princípio de justiça e ampliação da igualdade, essencial para o processo de democratização do sistema político⁵⁸.

Essa mudança no reconhecimento dos migrantes é fundamental para o progresso na construção de políticas sociais, as quais podem ser definidas como *conjunto de ações que objetivam a promoção da igualdade e do bem-estar, enfatizando, assim, os valores que guiam tais ações*⁵⁸. Compreende-se que as políticas sociais são orientadas por valores, fato que as tornam dependentes tanto de condutas governamentais quanto de atitudes de toda a sociedade. Quando bem executadas, garantem proteção social na área da saúde, previdência, assistência social, educação e habitação⁵⁸.

Portanto, a plena concretização das políticas sociais, voltadas à resolução de vulnerabilidades de todos os cidadãos, depende de participações integradas nas diversas áreas políticas, sociais, educacionais, institucionais, dentre outras. Isso envolve a articulação entre governantes, gestores, empresários e todos os grupos sociais (famílias, religiosos, coletivos, sindicatos, trabalhadores, entre outros). Ressalta-se que é imprescindível o constante processo de reflexão e ressignificação sobre questões ideológicas e culturais, visto que são as bases para a construção das políticas sociais⁵⁸. Essa conduta deve ser cuidadosa e estruturada nos princípios da igualdade, universalidade e equidade, impedindo que decisões pautadas em visões discriminatórias e excludentes determinem retrocessos na conquista de direitos humanos.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou investigar os desafios enfrentados pelas populações migrantes, principalmente os relacionados ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde ofertados a esses grupos.

Essas populações estão expostas a significativos riscos associados a todos os estágios do processo migratório, com destaque para experiências de escassez de água e alimentos; condições precárias de abrigos e campos de refugiados; violência e lesões corporais; situações de perigo no deslocamento; perda ou separação de familiares e amigos; barreiras culturais e linguísticas; discriminações; processo de aculturação e conflitos identitários; entraves no acesso a serviços sociais e de saúde. Diante desses fatores, os migrantes são reconhecidos como um dos grupos que compõem as populações de vulnerabilidade, sujeitas às determinações sociais e políticas, apresentando maiores riscos de morbimortalidade.

Em relação aos resultados encontrados nos artigos analisados, as seguintes abordagens se destacaram: as populações migrantes estão associadas a maiores riscos para desenvolver doenças crônicas; o processo migratório é apontado como importante fator de risco para doenças tropicais e infectocontagiosas negligenciadas, visto que está associado a riscos ambientais, ocupacionais, socioeconômicos e culturais; os migrantes apresentam alto risco para psicopatologias, sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas; na questão de gênero, as mulheres apresentam maiores riscos para o adoecimento; os refugiados representam um grupo com demandas específicas dentro das populações migrantes; e as relações entre migração e trabalho são expostas na maioria dos artigos, com associação de importantes fatores de risco à saúde dos migrantes.

A discussão acerca dos fatores ocupacionais e seus efeitos na saúde dos migrantes discorreu sobre frequentes determinantes no adoecimento dessas populações, tanto em

doenças infectocontagiosas quanto em doenças crônicas físicas e mentais. Associações entre processos migratórios e impactos na saúde mental expuseram um dos principais problemas de saúde dos migrantes, citados em parte significativa dos estudos analisados, evidenciando outra importante demanda desses grupos. Os tópicos sobre a qualidade dos serviços de saúde, a capacitação profissional e o Estado no contexto das migrações discutem sobre os principais problemas associados com o acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência, indicando-se estratégias para alcançar melhores resultados na resolução das demandas das populações migrantes, apontadas pelas pesquisas analisadas e pelos documentos e literaturas investigados.

Concernente aos serviços de saúde, para além das dificuldades no acesso enfrentadas pelos migrantes, especial atenção deve ser voltada à qualidade da assistência. Um contingente significativo de estudos aponta entraves na oferta de cuidados de saúde de qualidade, com destaque para: discriminação, intolerância cultural nas instituições, dificuldade em se estabelecer comunicação e relação adequadas devido à diversidade cultural e lingüística.

Diante desses desafios, estudos e diretrizes apontam estratégias a serem planejadas e executadas nas áreas de atenção, gestão e educação em saúde. Uma delas é o investimento na capacitação das equipes de saúde em estabelecer comunicação eficaz e construir relações éticas e empáticas com as populações migrantes. Além disso, a formação deve proporcionar competência técnica e cultural, preparando profissionais capazes de manejar cuidados adequados em contextos culturais e identitários diversos.

Especificamente sobre a capacitação médica, apesar de não fazer parte dos achados nos artigos analisados, é importante ressaltar que as DCN preconizam uma formação voltada às reais necessidades das populações, com cuidados singularizados, contextualizados à determinação social do processo saúde-doença e valorização da diversidade sociocultural e identitária. Tais competências estão de acordo com as descrições de profissionais almejados

nos contextos das pesquisas estudadas, uma vez que a sociedade anseia por profissionais comprometidos em concretizar um sistema de saúde verdadeiramente universal, equânime, integral, humanizado e resolutivo.

Para a consolidação desse sistema de saúde, de acordo com achados desta pesquisa, a APS é essencial na orientação de um modelo assistencial mais adequado e efetivo. Esse nível de atenção é considerado fundamental no processo de desenvolvimento socioeconômico das comunidades, uma vez que tem o potencial para promover a participação social e articular os setores capazes de enfrentar as determinações sociopolíticas no processo de saúde e doença.

Dos Estados é exigido que cumpram as proclamações da Declaração Universal dos Direitos Humanos, com planejamento e ações governamentais pautadas nos direitos humanos, justiça social e respeito às diversidades, provendo plena garantia dos direitos aos imigrantes, assistindo-os integralmente na proteção contra discriminações e no acesso aos serviços de saúde e às condições adequadas de trabalho, habitação e educação⁵⁹.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/200/. Brasília: Senado Federal; 2016.
2. Costa Filho WM. O direito à saúde dos vulneráveis. Revista do 7º Congresso Brasileiro de Gestão do Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério Público; 2016.
3. Organização Internacional para as Migrações. World migration report 2018. Genebra: OIM, 2018.
4. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Global trends: forced displacement in 2016. UNHCR; 2016.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Declaração do VII FSMSSS na Bahia – 2018. In: VII Fórum Social Mundial da Saúde e da Seguridade Social – FSMSSS; 2018 Mar 10-12; Universidade Federal da Bahia: Salvador (BA); 2018.
7. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cad Saúde Pública. 2006; 22(9): 2005-2008.
8. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Justiça, Comitê Nacional para os Refugiados. Refúgio em números. 3 ed. Brasília: Ministério da Justiça; 2017.
9. Organização Internacional para as Migrações. International migration, health and human rights. Genebra: OIM, 2013.
10. Gostin LO, Roberts AE. Forced migration: the human face of a health crisis. JAMA Netw Open. 2015; 314(20): 2125-2126.
11. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. The PRISMA etatement for reporting systematic reviews and meta-analyses ou studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. Ann Intern Med. 2009; 151(4): 65-94.

12. Almeida LM, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Assessing maternal healthcare inequities among migrants: a qualitative study. *Cad. Saude Publica*. 2014; 30(2): 333-340.
13. Hanf M, Bousser V, Parriault MC, Van-Melle A, Nouvellet ML, Adriouch L, Sebillotte CG, Couppie P, Nacher M. Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana. *AIDS Care*. 2011; 23(4): 476-485.
14. Mello FMRVBD. Saúde e processo migratório: estudo exploratório sobre o acesso à saúde e tuberculose na comunidade boliviana do MSP [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2014.
15. Santos FV. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2016; 23(2): 477-494.
16. Ramos N. Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças Psic Saúde*. 2009; 17(1): 1-11.
17. Murto C, Kaplan C, Ariza L, Schwarz K, Alencar CH, Costa LMM, Heukelbach J. Factors associated with migration in individuals affected by leprosy, Maranhao, Brazil: an exploratory cross-sectional study. *J Trop Med*. 2013; 1-10.
18. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(2): 285-294.
19. Almeida LM, Casanova C, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Migrant women's perceptions of healthcare during pregnancy and early motherhood: addressing the social determinants of health. *J Immigrant Minority Health*. 2013; 1-5.
20. Almeida LM, Santos CC, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Obstetric care in a migrant population with free access to health care. *Int J Gynecol Obstet*. 2014; 1-4.
21. Moraes SB, Nascimento EC. A relação migração-trabalho: uma análise sob a ótica da questão social. In: IV Seminário CETROS – Neodesenvolvimento Trabalho Questão Social; 2013; Fortaleza (CE).
22. Marinucci R. Migrações e trabalho: precarização, discriminação e resistência. *Rev Interdiscip Mobil Hum*. 2017; 25(49): 7-11.
23. Perocco F. Precarización Del trabajo y nuevas desigualdades: el papel de la inmigración. *Rev Interdiscip Mobil Hum*. 2017; 25(49): 79-94.

24. Matsue RY. “Sentir-se em casa longe de casa”: vulnerabilidade, religiosidade e apoio social entre os migrantes brasileiros no Japão. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(5): 1135-1142.
25. Pena PGL, Reis EJFB, Barbosa AMG. *Relação trabalho e saúde: tópicos iniciais*. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2017.
26. Moraes MS, Lopes JCC, Priuli RMA. Questões socioeconômicas, laborais e de saúde na cadeia produtiva do agronegócio da cana-de-açúcar na região do Nordeste Paulista. *Saúde Soc*. 2013; 22(3); 673-686.
27. Miranda B. “Uno ya sabe a lo que viene”: la movilidad laboral de migrantes andino-bolivianos entre talleres de costura de São Paulo explicada a la luz de la producción del consentimiento. *Rev Interdiscip Mobil Hum*. 2017; 25(49): 197-213.
28. Marques MCC, Afonso FC, Silveira C. A atenção à saúde do imigrante no contexto histórico da saúde pública em São Paulo. In: Mota A, Marinho MGSMC, organizadores. *Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora; 2014. p. 73-90.
29. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2001.
30. Carvalho AI, Buss PM. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 121-142.
31. Bustamante LHU, Leclerc E, Mari JJ, Brietzke E. It is time to prepare mental health services to attend to migrants and refugees [carta]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2016; 38(3): 263.
32. Coutinho MPL, Rodrigues IF, Ramos N. Transtornos mentais comuns no contexto migratório internacional. *Psico*. 2012; 43(3): 400-407.
33. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, Hassan G, Rousseau C, Pottie K. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*. 2011; 183(12): 959-967.
34. Lechner E. Imigração e saúde mental. *Migrações*. 2007; (número temático Imigração e Saúde): 79-101.
35. Antunes JAPJ. Refugiados e saúde mental: acolher, compreender e tratar. *Psicologia Saúde & Doenças*. 2017; 18(1): 115-130.

36. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2018; 40(2): 220-225.
37. De Lavor A. Do outro lado da linha. *Revista Radis.* 2017; 180: 18-24.
38. Rufino C, Amorim SG. Imigração internacional e gestão pública da saúde na região metropolitana de São Paulo (RMSP) – uma contextualização a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS). In: XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2012; Águas de Lindoia (SP).
39. Amorim SG. Contextualização do debate brasileiro acerca das migrações internacionais – uma análise a partir do caso haitiano. In: XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2012; Águas de Lindoia (SP).
40. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-545.
41. Giovanella L, Lobato LVC. Sistemas de saúde: origens, componente e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 89-119.
42. Valentim J, Silva HP. O sistema de saúde boliviano: alcances e limites. In: Bisoto Junior G, Silva PLB, Dain S, organizadores. Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. p. 243-260.
43. Carneiro Júnior N, Andrade MC, Luppi CG, Silveira C. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saude Sociedade.* 2006; 15(3):30-39.
44. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
45. Brasil. Portaria n° 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 de set.
46. Alves JS. Sorrisos em trânsito: modos de levar a vida e praticar cuidado com o corpo e com a saúde de refugiados exilados no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2014.

47. Queiroz M. Panorama da interpretação em contextos médicos no Brasil: perspectivas. *TradTerm*. 2014; 23: 193-223.
48. Andrade VL. Desafios no atendimento, acolhida e integração local de imigrantes e refugiados/as LGBTI. *Cadernos OBMigra*. 2016; 2(2): 31-64.
49. Brasil. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2017; 06 de jun.
50. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdade sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-203.
51. Vasconcelos EM. Apresentando: Educação Popular na universidade. In: Vasconcelos EM, Cruz PJSC, organizadores. *Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência*. São Paulo: HUCITEC; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2011. p. 15-24.
52. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Relatório sobre as violações de direitos contra imigrantes venezuelanos no Brasil. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos do Brasil; 2018.
53. Grenfell P, Fanello CI, Magris M, Goncalves J, Metzger WG, Vivas-Martínez S, Curtis C, Vivas L. Anaemia and malaria in Yanomami communities with differing access to healthcare. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2008; 102: 645-652.
54. Fassin D. Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*. 2009; 26(5): 44-60.
55. Weintraub ACAM, Vasconcellos MPC. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2013; 20(3): 1041-1055.
56. Fassin D. Conflitos do outono de 2005 na França. *Tempo Social*. 2006; 18(2): 185-196.
57. Governo do Brasil. Confirma as principais mudanças trazidas pela Lei de Migração [Internet]. 2017 Maio. Available from: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2017/05/confirma-as-principais-mudancas-trazidas-pela-lei-de-migracao>.
58. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 25-57.

59. Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.