

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ
DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - MESTRADO**

LEONARDO LUCAS DA SILVA DE SOUSA

**O Preconceito aos Imigrantes no Acesso a Serviços de Saúde: Uma
revisão integrativa**

**FOZ DO IGUAÇU
2022**

LEONARDO LUCAS DA SILVA DE SOUSA

**O preconceito aos imigrantes no acesso a serviços de saúde: uma
revisão integrativa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira, Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientador: Marcos Augusto Moraes Arcoverde

**FOZ DO IGUAÇU
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Lucas da Silva de Sousa, Leonardo

O preconceito aos imigrantes no acesso a serviços de saúde: uma revisão integrativa. / Leonardo Lucas da Silva de Sousa; orientador Marcos Augusto Moraes Arcoverde. -- Foz do Iguaçu, 2022.

90 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2022.

1. Imigrantes. 2. Preconceito. 3. Acesso à saúde. 4. Saúde na fronteira. I. Augusto Moraes Arcoverde, Marcos, orient.
II. Título.

SOUSA, L. L. S. de. **O preconceito aos imigrantes no acesso a serviços de saúde: uma revisão integrativa**. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Marcos Augusto Moraes Arcoverde. Foz do Iguaçu, 2022. LEONARDO LUCAS DA SILVA DE SOUSA.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. Marcos Augusto Moraes Arcoverde

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Comissão Julgadora

Prof^a. Dr^a. Josilene Dália Alves

Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso

Prof^a. Dr^a. Manoela de Carvalho

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SOUSA, L. L. S. de. **O preconceito aos imigrantes no acesso a serviços de saúde: uma revisão integrativa.** 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Marcos Augusto Moraes Arcoverde. Foz do Iguaçu, 2022. LEONARDO LUCAS DA SILVA DE SOUSA.

RESUMO

O preconceito é uma experiência humana, construída no cotidiano das relações, todavia produz influências diretas e indiretas sobre o processo de saúde e de adoecimento entre os grupos que o experimentam. Um destes grupos são os imigrantes, fronteiriços ou não, que são discriminados negativamente em decorrência do local de seu nascimento ou aparência ou forma de ser. Mediante o exposto, esta dissertação teve como objetivo “Conhecer, compreender e analisar as evidências científicas sobre o preconceito sofrido por imigrantes no acesso aos serviços de saúde”. Ao problematizar a questão do acesso desse usuário aos sistemas de saúde locais em diversos territórios e espaços do mundo, buscou-se compreender como, quando e de que forma o preconceito pode ter implicações sobre a vida dos usuários na condição de imigrantes, sobretudo, na tentativa de indicar um compromisso ético a ser seguido, que respeite os direitos humanos e traduza aspectos de uma saúde universal. Através do método de revisão de literatura integrativa foi viável o debate teórico sobre o preconceito, a partir de três categorias organizadas oriundas dos artigos encontrados ao final da revisão, a saber: a) O preconceito enquanto barreira de acesso à saúde dos imigrantes; b) A condição de vida e saúde dos imigrantes que sofrem preconceito; c) A negação do direito à saúde enquanto manifestação do preconceito. A discussão teórica ainda foi alicerçada pelas contribuições dos autores Lukács, Heller e Chauí ao discorrerem sobre cotidiano e preconceito. Assim, este trabalho apresenta ao final a relevância do reconhecimento e enfrentamento desse fenômeno, compreendido como parte do pensamento e do comportamento cotidiano, indicando as práticas e as condições mais propícias onde isto ocorre, principalmente no setor saúde.

Palavras-chave: Imigrantes; Preconceito; Acesso à saúde; Saúde na fronteira.

SOUSA, L. L. S. de. **Prejudice against immigrants in accessing health services: an integrative review.** 90 f. Dissertation (Master in Public Health) - State University of Western Paraná. Supervisor Marcos Augusto Moraes Arcoverde. Foz do Iguaçu, 2022.
LEONARDO LUCAS DA SILVA DE SOUSA.

ABSTRACT

Prejudice is a human experience, built in the daily life of relationships, however it produces direct and indirect influences on the health and illness process among the groups that experience it. One of these groups are immigrants, bordering or not, who are negatively discriminated against because of their place of birth or appearance or way of being. Based on the above, this dissertation aimed to “Know, understand and analyze the scientific evidence on the prejudice suffered by immigrants in accessing health services”. When questioning the issue of this user's access to local health systems in different territories and spaces of the world, we sought to understand how, when and in what way prejudice can have implications on the lives of users as immigrants, especially in the attempt to indicate an ethical commitment to be followed, which respects human rights and reflects aspects of universal health. Through the integrative literature review method, the theoretical debate on prejudice was viable, based on three organized categories from the articles found at the end of the review, namely: a) Prejudice as a barrier to access to health for immigrants; b) The living and health conditions of immigrants who suffer prejudice; c) The denial of the right to health as a manifestation of prejudice. The theoretical discussion was still supported by the contributions of the authors Lukács, Heller and Chauí when discussing daily life and prejudice. Thus, this work presents, at the end, the relevance of recognizing and coping with this phenomenon, understood as part of everyday thinking and behavior, indicating the most favorable practices and conditions where this occurs, especially in the health sector.

Keywords: Immigrants; Prejudice; Access to health; Health in border zones.

SOUSA, L. L. S. de. **Prejuicios contra los inmigrantes en el acceso a los servicios de salud: una revisión integradora.** 90 f. Disertación Dissertação (Maestría en Salud Publica) - Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: Marcos Augusto Moraes Arcoverde. Foz do Iguaçu, 2022. LEONARDO LUCAS DA SILVA DE SOUSA

RESUMEN

El prejuicio es una experiencia humana, construida en el cotidiano de las relaciones, sin embargo produce influencias directas e indirectas en el proceso de salud y enfermedad entre los grupos que lo experimentan. Uno de estos grupos son los inmigrantes, limítrofes o no, que son discriminados negativamente por su lugar de nacimiento o apariencia o forma de ser. En base a lo anterior, esta tesis tuvo como objetivo “Conocer, comprender y analizar la evidencia científica sobre el perjuicio que sufren los inmigrantes en el acceso a los servicios de salud”. Al problematizar la cuestión del acceso de este usuario a los sistemas locales de salud en diferentes territorios y espacios del mundo, buscamos comprender cómo, cuándo y de qué manera el prejuicio puede tener implicaciones en la vida de los usuarios como inmigrantes, especialmente en el intento de señalar un compromiso ético a seguir, que respete los derechos humanos y refleje aspectos de la salud universal. A través del método integrador de revisión de literatura, se viabilizó el debate teórico sobre el prejuicio, a partir de tres categorías organizadas a partir de los artículos encontrados al final de la revisión, a saber: a) El prejuicio como barrera de acceso a la salud de los inmigrantes; b) Las condiciones de vida y de salud de los inmigrantes que sufran prejuicios; c) La negación del derecho a la salud como manifestación de perjuicio. La discusión teórica todavía fue apoyada por las contribuciones de los autores Lukács, Heller y Chauí al discutir la vida cotidiana y el prejuicio. Así, este trabajo presenta, al final, la pertinencia de reconocer y enfrentar este fenómeno, entendido como parte del pensamiento y comportamiento cotidiano, indicando las prácticas y condiciones más favorables donde esto ocurre, especialmente en el sector salud.

Palabras Clave: Inmigrantes; Preconcepción; Acceso a la salud; Salud en la frontera.

LISTA DE ABREVIATURAS

APA:	<i>American Psychological Association</i>
BIREME:	Biblioteca Regional de Medicina
BVS:	Biblioteca Virtual em Saúde
DECS:	Descritores de Ciências da Saúde
EUA:	Estados Unidos da América
HIV:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMC:	Índice de Massa Corporal
MERCOSUL:	Mercado Comum do Sul
MEDLINE:	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MESH:	<i>Medical Subject Headings</i>
OMS:	Organização Mundial da Saúde
ONU:	Organização das Nações Unidas
PICO:	<i>Patient Intervention Comparison Outcome</i>
PRISMA:	<i>Preferred Reporting items for systematic reviews and meta-analyses</i>
RI:	Revisão Integrativa
SUS:	Sistema Único de Saúde
UNILA:	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UNILAB:	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
UNIOESTE:	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estratégia PICO para a pesquisa.....	37
Quadro 2 – O resultado inicial da busca para cada base de dados e detalhamento.	41
Figura 1 - Diagrama do processo de seleção de artigos segundo o Sistema <i>Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-Analyses (Prisma)</i>	42
Figura 2 – Frequência de artigos publicados conforme o ano.....	43
Figura 3 – Proporção de publicação de estudos conforme os países.....	44
Figura 4 – Frequência de participantes nos estudos avaliados	45
Quadro 3 – Resultados da extração dos artigos selecionados na revisão integrativa.....	46

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	29
3 OBJETIVO	33
4 MÉTODO	34
4.1 QUESTÃO DE PESQUISA DA REVISÃO INTEGRATIVA	36
4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	36
4.3 CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DE BUSCA	37
4.4 ESTRATÉGIAS DE BUSCAS APLICADAS NA PESQUISA E COLETA.....	38
4.5 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS	39
4.6 PROCESSO DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS	39
4.7 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DE INTERPRETAÇÃO.....	40
5 RESULTADOS	41
6 DISCUSSÃO	57
6.1 O PRECONCEITO ENQUANTO BARREIRA DE ACESSO À SAÚDE DOS IMIGRANTES.....	57
6.2 A CONDIÇÃO DE VIDA E SAÚDE DOS IMIGRANTES QUE SOFREM PRECONCEITO.....	65
6.3 A NEGAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE ENQUANTO MANIFESTAÇÃO DO PRECONCEITO.....	71
6.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O DISCURSO DA LITERATURA CIENTÍFICA	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	83

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação pretende dar continuidade aos estudos iniciados no processo de formação graduada em Serviço Social na Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA) entre os anos 2015 e 2019, especialmente a partir do vínculo do autor ao grupo de pesquisa “*Serviço Social, Proteção Social Migrações e Fronteiras*”.

Nesse sentido, o autor, junto ao Grupo, colaborou com estudos e pesquisas relacionadas à proteção social e cidadania em região de fronteira, das quais destaca-se: 1) *Atenção à saúde dos discentes estrangeiros nas universidades com vocação internacional – Demandas, políticas e práticas e perspectivas para fruição e acesso do direito à saúde dos ingressantes não nacionais na UNILA e UNILAB*; 2) *Pactos, protocolos e o protagonismo dos atores políticos locais: Impasses e condicionantes para o Acesso aos bens e serviços de Saúde na linha de Fronteira arco sul*; 3) *Políticas Sociais no Mercosul: Estrutura dos organismos públicos de oferta de Serviços Sociais*; e 4) *Cidadania Social no Mercosul: Acesso à Serviços Sociais em Regiões de Fronteira*.

Como síntese desse processo, a participação nos referidos projetos motivou a elaboração da monografia intitulada “*O preconceito sofrido pelos discentes da UNILA – os “unileiros” – no acesso à Saúde*”, no ano de 2019, problematizando o acesso desses usuários à política de Saúde na região de Fronteira de Foz do Iguaçu. Nessa inflexão, realizou-se uma revisão narrativa apoiando-se sobre os fundamentos filosóficos do preconceito conforme autora Agnes Heller e Marilena Chauí. Considerando também a observação empírica, bem como experiência do autor no campo de estágio obrigatório para a graduação em Serviço Social, dentro de uma unidade Hospitalar no município de Foz do Iguaçu, foi possível apreender categorias que permitiu versar sobre o preconceito contra o “Unileiro¹” e sobre como este se apresenta numa ótica empírica do cotidiano e nas generalizações típicas da sociedade com seus juízos provisórios (SOUSA, 2019).

Essa monografia sugeriu que esses processos de preconceitos, gestados a partir do cotidiano, poderiam se tornar um impeditivo ou barreira de acesso à saúde, na execução das práticas de saúde nos serviços públicos e suas relações com o usuário, salientando a maneira como se operacionalizam esses serviços na cidade de Foz do Iguaçu,

¹ Expressão empregada para denominar na comunidade de Foz do Iguaçu, o estudante da Unila

principalmente pela sua característica marcante: a facilidade em recusar atendimento a imigrantes e a discricionariiedade dos discursos dos profissionais² (SOUSA, 2019).

A partir dessas reflexões, buscou-se realizar a proposta de investigação em tela. É imprescindível salientar as circunstâncias nas quais essa investigação foi desenvolvida em termos de espaço e tempo, pois toda configuração social e dinâmica da vida cotidiana foi alterada, consequência da pandemia do novo coronavírus.

Pela densidade do tema proposto e o tempo para execução da investigação, foi realizada uma pesquisa de revisão integrativa. Fatores da vida social que condicionaram a pesquisa como o isolamento social, o fechamento das escolas, o reordenamento da rede de atenção a saúde, o fechamento das fronteiras, o *lockdown*, indicou forte necessidade pela forma que a busca foi realizada (revisão integrativa da literatura) sobre as evidências científicas sobre o preconceito em relação aos grupos imigrantes no acesso à saúde.

Diante do exposto, apresento tal dissertação a qual está organizada em Introdução, Justificativa do Estudo, Objetivos, Método, Resultados, Discussão, Considerações Finais e Referências.

² Essa tem sido umas das contribuições dos debates e pesquisas desenvolvidos pelo grupo de pesquisa Serviço Social, Proteção Social, Migrações e Fronteiras (<http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/300324>) do qual o pesquisador faz parte.

1 INTRODUÇÃO

Para uma profícua apreensão acerca do acesso de imigrantes aos serviços de saúde em região de fronteira, faz-se necessário apropriar-se das discussões que estão fundamentadas sob três eixos epistemológicos: os processos e fluxos migratórios, o acesso à saúde em zonas de fronteira e o preconceito.

A ciência das características de determinado processo de mobilidade espacial transcende sua quantificação mediante uso de tabelas e gráficos, e, quando estes não são materialmente possíveis de sua aproximação real, torna-se fundamental realizar sua apreensão em termos de causas e motivações, bem como seus desfechos. Para além, é relevante analisar a mobilidade espacial enquanto processo social, traduzido nas trajetórias dos sujeitos envolvidos, e assim, ser possível capturar características, motivações e dinâmicas desses deslocamentos (OLIVEIRA, 2014).

A compreensão da mobilidade em espaço e território de qualquer grupo social requer a elaboração de um panorama de questões teórico-conceituais, que fundamente a problematização sobre as diversas dimensões inerentes a esse processo. Oliveira (2014) em sua investigação teórico-conceitual sobre este objeto (mobilidade humana), reconhece a inexistência de “teoria migratória” focalizada partindo da perspectiva do “Sistema-Mundo”³. A ideia fundamental que o autor desenvolve em seus estudos faz menção à Massey et al (1993) e traduz seu pensamento da seguinte forma: “A migração é uma consequência das rupturas e deslocamentos que inevitavelmente ocorrem com o processo de desenvolvimento do sistema capitalista” (MASSEY et al. apud OLIVEIRA 2014, p. 445).

As imigrações são movimentos que continuam em evidência até os dias atuais. As informações mais recentes propagadas pela Organização das Nações Unidas indicam que há cerca de 250 milhões de migrantes internacionais no mundo, em outras palavras, pessoas que vivem em países diferentes dos que nasceram e mais de 68 milhões encontram-se em situação de deslocamento forçado (ONU, 2019).

É sabido empiricamente que as migrações ou movimentos migratórios tem suas refrações na economia internacional. A respeito da economia internacional, sabe-se que a integração econômica e política internacional, bem como suas teorias, foram preocupações e objetos de estudos do economista Gomes (1999). Tal autor disserta sobre

³ Conceito de Massey et al. (1993).

a globalização e mundialização do capital, sobre os processos de integração regional bem como suas influências sobre os países do continente latino-americano. O processo de integração, portanto, assume quatro características elementares: *livre comércio, união aduaneira, mercado comum e união econômica*⁴ (GOMES, 1999).

Para Gomes (1999) o mercado comum é uma união alfandegária que prioriza a livre circulação dos elementos orgânicos da produção do capital, ou seja: a força de trabalho e os capitais ou meios de produção podem e devem circular livremente entre os países de determinado território de Estados-nação que são signatários de tais acordos.

Em julho de 1990, Brasil e Argentina assinaram um compromisso comum, dando importante passo, ao estabelecerem um prazo mais curto para a criação de um mercado comum. Assim, pode-se afirmar que a Ata de Buenos Aires evidentemente caracterizou a ampliação das fronteiras de negociação com os países da região, tendo em vista o aumento da liberalização comercial (GOMES, 1999).

Mas foi através do “Tratado de Assunção”, assinado em 26 de março de 1991 que foi dado o grande passo para a integração econômica dos países do MERCOSUL (GOMES, 1999). Esse tratado representa um instrumento jurídico-normativo que permite materialmente as negociações de um mercado comum unificado, traduzindo-se em uma união econômica, apontando as formas de qual seria o desenho geopolítico de determinados territórios.

Portanto, o MERCOSUL trata-se do intento de países da América do Sul de se estabelecerem, após anos de ditadura militar que atravessou o continente, para escamotear conjuntamente as crises políticas, econômicas e sociais que afetou a vida do cidadão sul-americano. Sabe-se de antemão que esse projeto da moderna burguesia nacional e internacional tem como centro o capital e não inclui benefícios voltados aos marginalizados e trabalhadores, a grande maioria da população desses países (LAMPERT, 1998).

Estima-se que, aproximadamente, cerca de 2,7 milhões de migrantes internacionais tinham residência nos países do MERCOSUL em 1990, já em 2010 eram 2,4 milhões, conforme dados apresentados pela Organização das Nações Unidas, em 2012. Os movimentos migratórios inter-regionais no bloco do MERCOSUL têm continuidade histórica no mesmo, pois vários fatores se somam para que ocorra essa imigração, podendo ser de afinidade cultural, ou outros fatores de atração e de repulsa,

⁴ Grifo nosso

todos fomentados pela situação econômica do momento (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2019).

Historicamente, quando se fala em migrações para o Brasil, temos inicialmente, os migrantes e exploradores europeus com a finalidade de expandir os reinos da coroa portuguesa, para tanto, haviam os expedicionários e os degradados (os que deveriam ocupar e trabalhar na terra). Algum tempo depois, para aumentar a produção e exploração das terras colonizadas, surge a figura dos povos escravizados trazidos do continente africano. Este segundo momento foi, empiricamente e historicamente, um grande processo migratório forçado, com navios negreiros lotados de pessoas negras escravizadas, chegando aos portos brasileiros com milhares de imigrantes Africanos. Contudo, entre o final do século XIX e meados do século XX, vieram imigrantes oriundos da Itália, Espanha, Portugal, Alemanha, Japão entre outros (AGÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS, 2019).

Embora os dados de imigrações no Brasil demonstrem redução no fluxo migratório na última década do século passado, o país, de certo modo, sempre se destacou por receber imigrantes, tem um novo momento, visto que as duas primeiras décadas do século XXI, foram marcadas pela chegada dos “novos estrangeiros”, sendo representados por imigrantes haitianos, venezuelanos, colombianos, bolivianos, sírios, dentre outros que migraram em decorrência de catástrofes naturais e guerras civis, entre outros problemas em seus países de origens. Deste modo, passam a viver e se relacionar com as demais raças e etnias que estão presentes na em todo o território brasileiro, não sendo diferente na região de fronteira (SILVA, 2019).

O Brasil também está entre os principais destinos dos refugiados e migrantes de várias nações, não apenas o MERCOSUL. Em entrevista à ONU News, o porta-voz da Agência de Refugiados da ONU, Luiz Fernando Godinho, afirmou que o Brasil tem demonstrado ser “um exemplo para o mundo”. Afirmou que o mundo vive crise humanitária no âmbito da imigração, mais especificamente de refugiados. Todas as evidências mostram que essa é uma questão que vai perdurar por muito tempo. Na comunidade internacional, o Brasil tem a sua responsabilidade reconhecida perante diferentes órgãos em representar um papel muito importante no atendimento a essas pessoas com respeito aos direitos humanos (ONU NEWS, 2019).⁵

⁵ <https://news.un.org/pt/interview/2019/01/1654842>. Último acesso em 10 de maio de 2021.

Ao focar mais especificamente na fronteira do Paraná com Paraguai e Argentina, não se pode esquecer vários movimentos migratórios ocorridos desde a última década do século XIX.

O Paraná pertence à Coroa Portuguesa no século XVII, e a fundação de suas primeiras civilizações datam desta época, por exemplo Paranaguá e Curitiba. A ocupação do local foi lenta durante dois séculos. Swain (1988) analisou que a imigração trouxe entrechoque e caldeamento de novas etnias, contribuindo para a instalação de propriedade pequena e média sendo todas agrícolas. A distribuição de lotes rurais aos imigrantes partiu da iniciativa dos governos desde o século XIX e teve como objetivo reparar o déficit da produção alimentar, setor que houve bastante redução em decorrência da economia comercial baseada em exportação. Contudo, esta justificativa torna-se contraditória, haja visto que este movimento de concessão de terras para estrangeiros resultou na expropriação da terra por parte do Estado e na expulsão de habitantes nativos (indígenas, cabocos, caiçaras) de suas terras.

Nos anos de 1920, ocorreu um amplo movimento migratório com os gaúchos, descendentes de imigrantes europeus, em busca de novas terras devido ao desmembramento de suas propriedades em heranças sucessivas. A literatura indica que estes novos colonos se mantiveram isolados dos centros comerciais do Leste e do litoral, decorrência dos meios de transporte pouco desenvolvidos. Este obstáculo só foi superado no final dos anos 1950, quando o governo do Paraná inicia um programa organizacional de infraestruturas. Antes disto, os povos colonos viviam de uma economia de subsistência, baseada no trabalho familiar e na pequena e média propriedade (BERNARDES, 1953 apud SWAIN, 1988).

Esses dois amplos movimentos migratórios no estado do Paraná, vivenciados até o século passado, reiteram que a ideia da motivação das migrações, que é um fenômeno histórico, tem no trabalho uma espécie de vínculo visceral, o trabalho parece ser indissociável da motivação das imigrações.

Assim, pelo histórico das migrações no estado do Paraná, percebe-se a dimensão multicultural encontrada hoje da tríplice fronteira, oriunda dos movimentos migratórios tanto interno (brasileiros vindos dos outros estados), quanto externo (imigrantes de outras nacionalidades) para o estado e, de alguma medida, para as cidades fronteiriças, como Foz do Iguaçu. Essa diversidade de etnias é objeto de estudo de Klauck e Szekut (2012), que em seu artigo apresenta a diversidade populacional presente no cotidiano da fronteira

de Foz do Iguaçu, assim como o discurso multicultural/multiétnico assumindo tal como patrimônio cultural local.

As ciências sociais indicam que a imigração ocorre influenciada por diversos fatores como esperança de uma vida melhor, ou medo da morte, por fome ou guerra. A respeito da economia política, encontra-se o trabalho como eixo gravitacional dessas relações. Considera-se também outros condicionantes como a cultura, que expressa a vida cotidiana (SILVA, 2019). As migrações referem-se a fenômenos que perpassam a história da humanidade, portanto não seria diferente na história do Brasil (SEYFERTH, 2011).

No Brasil, atualmente, tem chamado atenção as influências e refrações da migração sobre o setor saúde. Neste sentido, o MERCOSUL facilitaria a troca de bens e serviços, sem perder o foco global dos diversos imigrantes que transitam em território brasileiro (GUERRA; VENTURA, 2017). Todavia, como já foi apontado, o MERCOSUL possibilitou a troca de bens e serviços, mas não o acesso ao direito a saúde.

O fenômeno da imigração tem representado um importante desafio na área da saúde pública, com impacto ao nível da atenção à saúde e nos sistemas dos países que recebem os imigrantes (DIAS et al. 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde, a imigração traz desafios para a política de saúde, pois é motivo de preocupação com destaque aos países de baixa renda que, apesar das diferenças nacionais, muitas questões políticas são compartilhadas por sistemas de saúde notavelmente diferentes (OMS, 2007).

Em termos populacionais, os municípios da linha de fronteira não conseguem ter um controle quantitativo de residentes e/ou de fluxo de migrantes, algo necessário para o planejamento e execução das práticas e políticas de saúde e melhoria do acesso. Em termos populacionais, municípios da linha de fronteira, ainda que não tenham grande relevância demográfica, pois grande maioria dos municípios são de pequeno porte, cabe destacar a presença de imigrantes nessa faixa territorial contemplando os três arcos, sendo algumas cidades do Arco Norte importantes pela passagem, e cidades dos Arcos Sul e Central, importantes pela permanência dos migrantes. Estes últimos territórios abrigam também o maior número de cidades gêmeas, e exatamente nestes espaços ocorrem as principais interações transfronteiriças. Potencialmente, esses municípios de divisa internacional são os espaços de maior procura por serviços de saúde por estrangeiros e brasileiros residentes nos países vizinhos (GIOVANELLA et al., 2007)

A partir do conhecimento obtido por Gonçalves et al. (2003), em entrevistas realizadas com imigrantes africanos em território português, observou-se um padrão de utilização dos serviços de saúde pelos mesmos em casos de doença aguda e também

grave, sendo a utilização regular das unidades de saúde para fins preventivos. Mas também foi evidenciado o comportamento dos profissionais para com estes usuários, notou-se que o acesso à saúde pode ser diferente em unidades e nos hospitais em sua utilização.

Gonçalves et al. (2003) apoiados em Anderson (1995), lembraram também que o preconceito ou mais especificamente o racismo contra esses imigrantes, como processo estrutural, tem influências diretas e indiretas sobre o processo de saúde e adoecimento. Objetivamente, limita o acesso aos bens e serviços de saúde ou podem causar sofrimento físico e/ou psicológico. Subjetivamente, provoca desigualdade territorial, implicando potencialmente que os imigrantes fiquem distante dos serviços, em precárias condições de trabalho.

Lavor (2017), editor da revista RADIS⁶, narrou numa reportagem as vidas dilaceradas pela desagregação familiar e ruptura com vínculos territoriais de imigrantes e refugiados que vivem no Brasil. Ele reforça que apesar de a nova Lei das Migrações, reeditada em 2017, prever um maior acolhimento para os que tentam começar a vida no Brasil e a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) determinar a universalidade de acesso aos serviços de saúde sobre todos os níveis de assistência como princípio fundamental, verifica-se que ainda existem dificuldades a serem superadas em relação ao atendimento de imigrantes e refugiados no Brasil (LAVOR, 2017). Uma questão mais complexa ainda são os migrantes dos países vizinhos que vêm às cidades fronteiriças em busca de atendimento de saúde (LAVOR, 2017; GIOVANELLA et al., 2007).

Reconhecidamente, a maior procura dos imigrantes por atenção à saúde é por serviços ambulatoriais, de atenção primária; mas também ocorre busca por prevenção e tratamento de doenças; tanto no setor público quanto privado. Há, portanto, esforços envolvidos para atendimento dessas demandas. Isso significa que o fortalecimento do sistema de saúde necessita de um olhar cuidadoso, observando as adversidades e, muitas vezes, envolve escolhas difíceis. O atendimento às demandas de saúde dos imigrantes pode ser embasado em evidências e pelo uso de ferramentas técnico-científicas, mas, em profunda análise, trata-se de um processo político e tem suas refrações em âmbito econômico, político, social e cultural (OMS, 2007).

A possibilidade de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde é reconhecidamente uma importante condição para sua utilização (COHN et al., 2013). No

⁶ Revista RADIS comunicação e Saúde é uma publicação da Fundação Oswaldo Cruz.

Brasil, o acesso igualitário e universal para todas e qualquer ações e serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde é uma exigência instituída pela Constituição Federal de 1988, especificamente em seu artigo 198, o qual define a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1988).

Cabe lembrar que, como foi uma constituição promulgada após o período de ditadura militar, este documento é reconhecido como a “constituição cidadã”, devido ao fato de ter conseguido incorporar em suas letras o reconhecimento e ampliação dos direitos das pessoas que vivem sob o território do Brasil.

Neste contexto, o acesso é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde. O acesso é também a base concreta para utilização dos bens e serviços de saúde oferecidos.

Nestes termos, viabilizar o acesso da população à rede e serviços de saúde é função do Estado e das políticas que dele emana para materializá-lo. Todavia, devemos observar que a utilização efetiva desses serviços de saúde pela população usuária, se estabelece na conjectura entre ações desenvolvidas e a demanda conformada (COHN, 2013). Ou seja, ocorre sob limites materiais e econômicos, traduzido nas políticas, planos, programas, ações etc. pelo fato de que nem sempre o que é planejado na política pública, ocorrerá na base onde a assistência é executada. Essa fragilidade é verificada em todos os níveis das políticas de saúde, assim, ocorre a dificuldade de atender tanto os brasileiros quanto os imigrantes residentes ou pendulares, não havendo proposta efetiva para a saúde da população migrante.

O SUS pode ser considerado o maior sistema público e universal de saúde porque é o único que atualmente atende mais de 200 milhões de pessoas. Outros países também possuem essa forma de sistema como Canadá, Dinamarca, Suécia, Espanha, Portugal e Cuba, sendo que o mais populoso é o Reino Unido, com cerca de 66 milhões de pessoas (STEVANIM, 2020).

Cabe destacar que a construção do SUS é influenciada pelas políticas econômicas, revelando certas desigualdades entre nos territórios. Em entrevista para a revista RADIS (FIOCRUZ), o sanitarista Gastão Wagner observou que o SUS possui vários desafios para enfrentar. Desses, pode-se citar a desigualdade entre as regiões. “O SUS vem se implementando de forma desigual e heterogênea. Agora na pandemia isso ficou evidente: a população de Manaus ou Fortaleza tem uma oferta de serviços muito menor do que

Campinas e São Paulo”. Outra problemática a ser enfrentada é a terceirização bem como a precarização dos serviços (STEVANIM, 2020, p.19).

Tratando-se das dificuldades do SUS a respeito das diversas regiões brasileiras, é possível colocar em evidência, neste trabalho, as regiões de fronteira. Neste contexto, o Instituto Social do MERCOSUL apresentou, em 2018, os primeiros resultados do projeto de pesquisa “Cidadania Social no MERCOSUL⁷”. Um desses resultados foi a caracterização do acesso aos serviços de proteção social (Saúde, Educação, Assistência Social e Previdência) nas regiões de fronteira do Arco-sul do MERCOSUL (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018).

As regiões de fronteira destacam-se por serem lugares de constante interação, com paisagens específicas, com espaço social dinâmico e transitivo, composto por assimetrias oriundas da presença do limite internacional, também por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a nas cidades gêmeas⁸, segundo o Ministério de Integração Nacional (BRASIL, 2014). Nesse conceito de cidades gêmeas, podemos identificar uma convergência de determinadas formas políticas, jurídicas e administrativas nacionais, materializando-se em pactos, protocolos e acordos políticos para atenção das demandas de saúde dos cidadãos residentes em região de fronteiras, pois a fronteira é um espaço de vivência dinâmico e os serviços oferecidos nesse território exigem cuidados e capacidade ético-política para administrá-los (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018).

As regiões de fronteira são descritas como espaços complexos e nelas existem elementos concordantes e conflitantes. Qualquer pesquisador que discutir e dissertar sobre esta temática deve considerar as políticas sociais e econômicas implementadas por um determinado Estado e governo, e como afetam diretamente a população vizinha [...] *“inclusive, podem atrair migrações ocasionais, periódicas ou permanentes”* (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018, p. 18).

⁷ O MERCOSUL é composto de uma variedade de subgrupos de trabalho, que são integrados por representantes dos países e que lidam com uma ampla diversidade temática relativa ao processo de integração. Constitui-se matéria valiosa aos grupos de pesquisadores técnicos que compõem a dimensão social do MERCOSUL, favorecendo a reflexão e o desenvolvimento do viés normativo e regulador regional. (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018, p.7).

⁸ Segundo o Ministério do Desenvolvimento Regional (2021), são considerados cidades gêmeas municípios cortados pela linha de fronteira, seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma área urbana ou semiurbana, com localidade próximo a do país vizinho que apresentem manifestações "condensadas" dos problemas próprios de região de fronteira. Para saber melhor sobre o conceito de Cidades Gêmeas no Brasil <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-03/portaria-do-ministerio-da-integracao-definicao-conceito-de-cidades-gemeas>. Último acesso em 7 de maio de 2021.

No contexto da globalização⁹, cabe discutir que, enquanto o capital não tem fronteira, na perspectiva de um mundo globalizado, o mesmo não ocorre com os cidadãos e seus direitos, pois no caso dos migrantes, muitos são os seus direitos perdidos, limitados, negados ou furtados. Santos (2000) também aponta uma tendência global para a tecnociência, inerente à própria globalização, o que produz uma história sem sentido. Pois, a instalação de capitais globalizados supõe que o território se adapte às suas necessidades de fluidez ou circulação, movimento que investe pesadamente no câmbio da geografia das regiões escolhidas. Não que o Estado se ausente ou se torne menor, mas se omite quanto ao interesse das populações e se torna mais forte, mais ágil, mais presente à serviço do capital.

A fronteira de Foz do Iguaçu se destaca por apresentar uma grande demanda por ações e serviços de saúde por parte de estrangeiros, mas também ocorre no âmbito do acolhimento em outras políticas tendo em vista a pobreza extrema ou a regularização da situação civil no Brasil. Algo importante que foi evidenciado foi a busca de regularização documental como estratégias de sobrevivência para acesso aos serviços de saúde. Ocorre, sobretudo a por parte do SUS, a dificuldade de encaminhar as demandas dos imigrantes para os seus Estados nacionais e dialogar com esses países vizinhos para pactuar ou construir acordos que facilitem o atendimento sobre as situações do cotidiano (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018).

Para Santos (2000), as fronteiras se tornam “porosas” para o dinheiro e para a informação, “o território deixa de ter fronteiras rígidas, o que leva ao enfraquecimento e à mudança de natureza dos Estados nacionais” (SANTOS, 2000, p.31), porém o cidadão nacional ou migrante continua com os seus direitos limitados a um lugar ou localidade.

Mas, independentemente da nação, devemos nos atentar que a discussão sobre direitos sociais (inclusive o direito à saúde) e cidadania é relevante e necessária nas regiões de fronteira, embora seja polêmica. Para os cidadãos locais ou usuários que residem em região de fronteira, a importância do debate se refere aos impactos à própria vida ou de sua família, ao modo de satisfazer suas necessidades. Num mundo que se

⁹ Existem fenômenos, fatores que o geógrafo Milton Santos descreve como constitutivos da globalização. Ele adjetiva que a fase atual é perversa por pelo menos duas razões: a) observa-se a forma como a informação é oferecida à humanidade, pois além de ser volumosa é tendenciosa e mais confunde que explica; e b) a necessidade vital do dinheiro como locomotiva da vida econômica e social, como se tudo girasse em torno do dinheiro. Portanto, na opinião de Santos (2000) existem duas violências centrais, estrutura do sistema ideológico do capitalismo que justifica as ações hegemônicas e leva à ascensão das fabulações, a apreensão de falsas ideologias e a percepções fragmentadas e segmentadas do discurso único do mundo desenvolvido, sendo isso, a base dos novos totalitarismos.

transforma constantemente, a cidadania com ele se transforma. A cidadania nas regiões de fronteira parece não mais se afirmar unicamente sob as características do Estado nação, do território de pertencimento ou nacionalidade (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018). Assim, na visão de mundo globalizado, essa cidadania cruza as fronteiras, sem vínculo, para além das nacionalidades, considerando que a globalização tem determinado as relações econômicas, políticas e culturais do mundo, mas não a cidadania social (ou o bem-estar), a qual permanece como uma responsabilidade de cada Estado nacional e, portanto, passível de alterações nas diversas localidades e nações. Essa prática nas regiões de fronteira e em países com legislações mais rígidas, pode ser mais notável.

Neste contexto, a porosidade e a “debilidade” da região de fronteira a respeito de atenção às políticas sociais, revela a fragilidade da forma em que o direito à saúde é tratado (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018). Masuzaki & Carvalhal (2018) pontuam que essas formas históricas de relações sociais são importantes para a atuação desenfreada do capital, representando, portanto, lugares propícios à sua reprodução. Já Silva et al. (2018) e Sousa (2019), identificaram que a demanda dos imigrantes se caracteriza pela busca dos serviços de atenção primária, urgência e emergência. Na busca da atenção às suas necessidades de saúde, esses imigrantes têm percebido determinantes socioculturais que, de algum modo, vêm impedindo o acolhimento destes nos serviços de saúde (SILVA, 2019).

Como exemplo, voltando a realidade de Foz do Iguaçu, o fato de os imigrantes acessarem os serviços de saúde municipais está relacionada à normatização/regularização desses mesmos usuários e à busca de reconhecimento do fluxo desses segmentos populacionais e de suas necessidades que podem variar desde atendimento na atenção básica à alta complexidade, nos níveis de prevenção, promoção e recuperação da Saúde (SILVA et al., 2018). Estudos indicam que as demandas dos estrangeiros em Foz do Iguaçu podem também incluir serviços de diagnóstico, exames clínicos, farmácia, internação e tratamentos de longa duração (SILVA et al., 2018; SOUSA, 2019). Há uma dificuldade para se confirmar se os estrangeiros que utilizam os serviços de saúde são, de fato, residentes no Brasil, ou cruzam a fronteira apenas em busca de atender as suas necessidades, além de que há a questão dos brasileiros, ou descendentes destes, que residem nos países vizinhos, mas buscam os serviços de saúde no território brasileiros. Em ambas as situações se encontra a dificuldade de comprovação de residência, o que

leva alguns a buscar vias “paralelas” para a resolução deste problema, pois há relatos de usuários que usam documentos falsos como forma de burlar esta exigência.

Com relação a procura e atendimento de imigrantes nos serviços de saúde no Brasil, gestores de Foz do Iguaçu, quando entrevistados ressaltaram a existência de um número alto de novos estrangeiros¹⁰ que tem buscado serviços, frente à [...] “gratuidade, à variedade das ações e serviços de saúde nas diversas especialidades, à qualidade dos serviços e à receptividade dos brasileiros”, todavia sem apresentar indicadores (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018, p.78).

Sobre os imigrantes que fixam residência em Foz do Iguaçu, podemos tomar como exemplo o caso dos estudantes da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Soares (2019) realizou um estudo qualitativo e quantitativo sobre o acesso dos estudantes dessa universidade no território da Vila C, apontando diversas dificuldades e como resultado achou evidentemente problemas na comunicação adequada, em respeito ao idioma/língua, além de constatar, na narrativa dos gestores em saúde, que o acesso à saúde continua sendo, em certa medida, restritivo para imigrantes, mesmo os residentes e com documento comprobatório (SOARES, 2019).

O perfil dos usuários que cruzam a fronteira para utilizar os serviços de saúde, tanto no Brasil quanto na Argentina, traduz uma situação econômica diversificada e heterogênea. Em Foz do Iguaçu, destaca-se a população flutuante, principalmente por ser cidade turística com um patamar socioeconômico elevado para a região (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018).

Ao entender as políticas de saúde do Brasil e seus princípios de garantia universal de atendimento para toda a população que vive sob território nacional, observa-se algumas situações peculiares encontradas nas cidades gêmeas de fronteira, aqui em especial para as cidades de Foz do Iguaçu e *Ciudad del Este*. Nas regiões de fronteira, diversos municípios adotaram medidas para barrar o acesso deliberado de estrangeiros ao sistema de saúde local. Em Foz do Iguaçu e demais cidades observa-se a solicitação de documentação que haja comprovação de residência e domicílio no Brasil enquanto critério de acesso e usufruto dos serviços de Saúde (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018). Essa exigência demonstra uma falta de acordo colaborativo entre os países vizinhos para atenção dessas demandas de saúde da população imigrante, advindas dos países vizinhos, como por exemplo, os migrantes pendulares.

¹⁰ Esses “novos imigrantes” trata-se de um fluxo migratório que se tem colocado como residentes no Brasil, o que os difere dos imigrantes pendulares e dos “brasiguaios”.

Um exemplo desta situação, experimentada atualmente pelos cidadãos das duas cidades, seria a troca de serviços ofertado, em Santana do Livramento¹¹, pelo Centro de Referência no Serviço de Hemodiálise, pelo fato de o município ter a gestão plena do hospital e do serviço, e em Rivera, não existir a prestação desse serviço. Segundo o entrevistado, poderiam ser trocados pelos atendimentos/serviços de traumatologia, que Santana não possui. As referências para Santana, no que se refere ao serviço de traumatologia, são os municípios brasileiros de Rio Grande e Pelotas. Assim, pela ausência de acordos, ao invés dos pacientes “andarem 50 metros e atravessar a fronteira, eles precisam viajar cerca de 400 quilômetros”, conforme relato. “Com o paciente, muitas vezes quebrado, porque não tem como pagar os serviços do outro lado”; [...]. Ao referir-se a este fato, um dos entrevistados evidenciou que as leis são formuladas “atrás de uma mesa”, de forma genérica, desconsiderando a realidade vivenciada por milhares de pessoas moradoras da região de fronteira (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018. p.95-96).

Embora o relato do exemplo vivenciado na região entre Santana do Livramento (Brasil) e Rivera (Uruguai) aponte questões sobre a formulações das leis, também se verifica um problema de reciprocidade, uma vez que, referindo-se a saúde, a maioria dos casos são os moradores de países vizinhos que utilizam os serviços brasileiros em detrimento da quantidade de brasileiros que buscam serviços de saúde nos territórios vizinhos. Mesmo a reciprocidade sendo um elemento fundamental na relação de dois países, nesta questão, percebe-se que não há avanços.

No contexto brasileiro, compreendendo que a principal porta de entrada para atendimentos de saúde é a rede de atenção básica, para a continuidade dos serviços ofertado pela mesma, faz-se necessária a normatização, ou seja, a apresentação da documentação mínima é entendida como necessária. E sobre os critérios de acesso dos nacionais e estrangeiros aos sistemas locais de saúde em Foz do Iguaçu e Guairá com *Salto del Guairá (PY)* – que também é região de fronteira, por exemplo, destaca-se que nas duas primeiras cidades o direito à saúde do imigrante estrangeiro é garantido apenas quando o atendimento se caracteriza enquanto uma situação de urgência ou emergência, sendo que do lado paraguaio não se concretiza para estrangeiros. A limitação trata-se da disponibilidade do serviço, fato que destaca as dificuldades de atenção às demandas dos usuários dessas regiões. (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018). Cabe destacar que a realidade encontrada é diferente dos discursos dos gestores pois, há estratégias para burlar o cadastro nos serviços de Saúde.

¹¹ A cidade Santana do livramento e Rivera fazem parte de território de fronteira, fazendo limite do Brasil com o Uruguai.

Estrangeiros e imigrantes que usam habilidades para burlar o sistema e conseguir ter acesso aos serviços de saúde em Foz do Iguaçu levaram a Polícia Federal, junto da secretaria municipal de saúde, em agosto de 2015, a realizar uma operação, na qual foram fiscalizados, de casa em casa, o endereço para conferir se era o mesmo cadastrado no cartão SUS. Esta operação ocorreu a pedido do poder executivo. Essa é uma observação histórica, recente, e que discrimina qual ser humano tem sua situação legal ou não, portanto, pode ter atendimento médico ou não. Ou seja, restringir o acesso aos serviços de saúde para estrangeiros trata-se de um comportamento histórico notório:

“Os estrangeiros que estiverem em condições legais vão continuar com o benefício, entretanto os que não estão, terão o cartão cancelado e não receberão mais atendimento médico, conforme o secretário municipal da Saúde, Charles Bortolo.” (G1 PR, 2015).

Cabe destacar que antes do SUS, os imigrantes também tinham muita dificuldade para atendimento nos serviços de saúde, justamente, em decorrência de que o sistema não era universal, havendo a necessidade de ser contribuinte para se ter acesso aos serviços de saúde sem que tivesse que pagar a mais por eles. Caso o contrário, só restavam ser atendidos por instituições de caridade. Contudo, é importante salientar que esta também era a realidade vivenciada pelos brasileiros residentes “não contribuintes”. Portanto, um movimento de Estado ao buscar “regularizar” no território nacional brasileiro quais pessoas teriam ou não o direito, aproxima-se de uma tentativa de voltar o sistema ao que ele era antes, e, em nada, demonstra avanço na política de saúde no Estado brasileiro.

Ao contrário da tentativa de regularização pela discriminação, há a tentativa de criação da Cidadania Social nas zonas de fronteira. Esta cidadania social, indubitavelmente, é um tema novo nas agendas governamentais e não-governamentais, expressando consigo uma variedade de sentidos decorrente da postura ética e política dos sujeitos coletivos envolvidos, num primeiro momento à sua sensibilidade, depois ao seu alcance para garantia e fruição dos direitos sociais da população fronteiriça que, por séculos constroem relações para além dos Estados nacionais. Constata-se, compreensivelmente, a centralidade e necessidade desta temática sobre os aspectos políticos e sociológicos inerentes a garantia dos direitos e mínimos sociais, [...] “visto seu impacto direto sobre o ponto nodal das políticas públicas de corte social, ou seja, a universalidade da proteção social” (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018, p.165).

Em relação ao processo inclusão social dos imigrantes no Brasil, Silva e Duval (2017), num estudo focado sobre a integração dos imigrantes, evidenciaram alguns obstáculos como o acolhimento, o domínio do idioma e o preconceito. Esses fenômenos do cotidiano, objetivamente e subjetivamente, são empecilhos para os imigrantes se inserirem na sociedade brasileira e, portanto, colaboram com o processo de exclusão social. A primeira barreira a ser vencida é a falta do acolhimento. O segundo desafio para promover a inserção social plena dos imigrantes trata-se do domínio da língua. Acerca do acolhimento, nota-se que o aumento do fluxo de imigrações para o território brasileiro revelou a necessidade de melhoramento e planejamento de infraestrutura para o acolhimento desse segmento populacional: imigrante que fixou residência no Brasil.

Há diversas controvérsias em relação aos critérios de acesso de nacionais e não nacionais nos serviços da saúde em região de fronteira, o que sinaliza divergência entre os gestores quanto ao grau ou concepção de universalidade a ser alcançado, todavia, em plano discursivo, afirmam que o direito deve ser universal. Isto aponta para a necessidade de investigação desta questão, com emergência de debates e interlocuções entre municípios fronteiriços, favorecendo dessa forma que atores políticos apreendam a dinâmica da organização social das fronteiras, identificando pontos fortes e fracos comuns que poderiam qualificar protocolos de atendimento comuns (INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018).

A busca por serviços de atenção à saúde por parte dos imigrantes é um fenômeno social observado na vida cotidiana. Já em região de fronteira, a busca por esse acesso pode ser mais evidente. Todavia, existem suspeitas de barreiras socioculturais no acesso desses imigrantes aos serviços de saúde que reforçam indícios de preconceito contra imigrantes, “[...] Pois há um entendimento, de senso comum, em se tratando de Brasil, que o cidadão brasileiro que migra para o Paraguai ou Argentina, e nesses países residirem, deixam de ter nacionalidade/cidadania brasileira” (SILVA, 2019, p. 70), ou seja, em algumas situações nega-se não apenas o direito à saúde, mas a própria cidadania.

A proposta de investigar as evidências científicas e a literatura sobre o preconceito contra imigrantes no acesso aos serviços de saúde em região de fronteira responde a necessidade da busca de respostas capazes de refutar concepções equivocadas ou juízos provisórios de senso comum, oriundos da vida cotidiana, típica e presente nas generalizações do dia a dia, mas que poderiam ter suas refrações em pensamentos e comportamentos discriminatórios contra imigrantes no acesso à Saúde.

Silva (2019), ao evidenciar os dilemas e desafios que se colocam aos cidadãos migrantes fronteiriços e transfronteiriços na região de fronteira de Foz do Iguaçu, observou que há um hiato entre o que há descrito em termos da Lei de Imigração e a realidade dramática daqueles que são, de certa forma, “excluídos” do sistema por barreiras socioculturais e políticas. A autora descreve dificuldades de reterritorialização, de reconstrução das suas vidas aliados aos direitos incipientes alçados nessa nova regulamentação, bem como a reivindicação de sua condição de cidadão e de dignidade nos locais de destino, como fatores que impõem dilemas e desafios na região da tríplice fronteira, em especial para os serviços de saúde.

Considerando que a fronteira e o acesso à saúde não são alheios ao fenômeno do preconceito, a pesquisa que aqui se propõe pretende buscar a existência de evidências científicas da ocorrência desse fenômeno contra imigrantes no processo de acesso à saúde, revelando a necessidade de refletir criticamente acerca do tema.

Para compreender o preconceito numa abordagem teórica, buscou-se os estudos de Agnes Heller (2016), na sua obra clássica “O cotidiano e a história”. No capítulo segundo, “Sobre os preconceitos”, ela explica que dois afetos balizam a relação do sujeito com o mundo e a sociedade: a confiança e a fé. A confiança é gradativa e permite que por meio de aproximações, sentidos, interpretações e vivências se ressignifiquem as suas apreensões sobre a realidade. A confiança é construída e, por isso, tem uma relação amistosa com o conhecimento crítico. Ou seja, a confiança não se importa ao ser questionada. Ao contrário, a fé é irremovível, inquestionável ou insuperável.

É preciso analisar as formas que surgem e se fortalecem tais categorias e esses afetos, os quais Heller (2016) caracteriza como parte do pensamento e do comportamento cotidiano. A finalidade do pensamento que se gesta no cotidiano e para o cotidiano é, de realizar atividades de natureza cotidiana e genérica, que resulta em unidade imediata de pensamento e ação, sem importante mediação. Não se trata aqui de práxis e não há uma relação entre ações e teorias sociais, mas do comportamento presente no dia a dia.

Heller (2016) aponta que ações oriundas do cotidiano produzem as generalizações, comportamentos inevitáveis na vida. Corroborando, Miranda (2012) descreve que se deve considerar que o preconceito poderia se remeter a uma atitude negativa, que poderia interferir no julgamento clínico, por exemplo. Por sua vez, Heller considera que “Toda generalização é um juízo provisório ou uma regra provisória de comportamento: provisória porque se antecipa à atividade possível, e nem sempre, muito pelo contrário, se confirma na prática.

Todavia, considerando o que disse Chauí (2009), o senso comum é elemento estruturante da realidade, e o objeto que se pretende estudar aqui (O preconceito) é componente inerente, indissociável, vinculado na relação entre preconceito/cotidiano/acesso à saúde e zonas de fronteira. O senso comum possui formas que lhes são intrínsecas: sendo subjetivos, dependem dos espaços, e mais uma vez grifamos neste trabalho de pesquisa, já as zonas de fronteira como também outro elemento importante dessa análise, assim como os grupos onde as pessoas se inserem, suas visões de mundo. E justamente por serem subjetivos é que aplicamos a elas características de valoração qualitativa (positivo, negativo, bem e mal) da forma que se apresentam a nós e se relacionam com nossa visão de mundo aprendida (HELLER, 2016).

É mister salientar que a investigação sobre preconceitos aos imigrantes no acesso à saúde em região de fronteira permite pensar estratégias para seu enfrentamento. É necessário problematizarmos esse tema para que não se acabe por naturalizar tipos de tratamentos apoiados em valores do senso comum que podem muitas vezes destilar preconceitos contra imigrantes no âmbito do acesso aos serviços públicos de Saúde (SOUSA, 2019).

Compreende-se, portanto, a necessidade de investigar o preconceito contra imigrantes no acesso à saúde em região de fronteira. Dias et al. (2010) indicam que o país de origem, bem como a raça e a etnia produzem e reproduzem matrizes de valores históricos, crenças e concepções. Acredita-se que juízos provisórios e generalizações poderiam influenciar negativamente o comportamento de profissionais da saúde, a assistência em saúde, a interpretação dos seus sintomas e sua causalidade, bem como a necessidade de cuidados de saúde voltados com suas práticas especializadas a este segmento populacional (DIAS et al., 2010).

Sousa (2019), em sua revisão narrativa, identificou que quando um estrangeiro/migrante residente em Foz do Iguaçu, busca atendimento em um equipamento ou serviço de saúde, e é notado uma diferença na fala ou no sotaque, na aparência física ou nas vestimentas, o tratamento prestado e os encaminhamentos dados ao caso podem assumir outras formas e possibilidades de efetivação na relação entre usuário e serviço, tornando o atendimento diferente para estes grupos, do ponto de vista restritivo.

Chauí (2009), em sua obra “convite à Filosofia”, nos indica que é o senso comum que nos imputa essas regras informais a serem seguidas, as normas a serem aceitas, a forma que devemos viver, como devemos ser e, principalmente, muitas vezes qual o valor e para que “servem” as coisas. Essas regras podem ser operativas no comportamento,

inclusive na relação entre os sujeitos, quando um desses representa o Estado, por via de um serviço público e o outro o cidadão de direitos, que fora de um “modelo padrão” pode ser tratado de maneira distinta por isso, ou até mesmo maltratado.

É mister destacar, embora o senso comum espere um modelo padrão de sujeito e de comportamento, os determinantes sócias da saúde são bastantes diversos sendo influenciados por aspectos socioculturais e econômicos, tais como, a cultura, a comunicação, o tratamento nas relações pessoais, os hábitos alimentares, as vestimentas, o clima, aspectos geográficos, demonstrados em investigações desenvolvidas por Silva et al (2018) e Sousa (2019) revelaram elementos que indicam a necessidade de uma investigação científica acerca do preconceito contra os imigrantes que tentam ou tentaram acesso à saúde em região de fronteira. Portanto, entendendo que o preconceito promove prejuízos à saúde dos migrantes, a pergunta que se faz nesta pesquisa é: “Existe preconceito no acesso à saúde de imigrantes, na literatura científica?” A partir dessas reflexões, busca-se realizar a proposta de investigação científica em tela. Assim, busca-se refletir também como o preconceito afeta a assistência e o cuidado em saúde aos imigrantes?

2 JUSTIFICATIVA

O primeiro passo para motivação desta pesquisa foi dar continuidade aos estudos de caráter introdutório que foi realizado durante o período da graduação do autor em Serviço Social. Inicialmente, através da observação empírica e uma investigação bibliográfica narrativa, apoiando-se sobre os fundamentos filosóficos sobre o preconceito, foi possível dissertar numa monografia sobre o preconceito sofrido pelos estudantes da Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA) – Os “Unileiros”, no acesso à Saúde em Foz do Iguaçu.

Para o momento, faz-se necessário progredir no nível de evidência dos estudos científicos, bem como a readequação e ampliação do campo de busca sobre o objeto (preconceito), o remetendo à uma pesquisa global, e como este preconceito afeta o acesso à saúde de quem é imigrante, podendo estar em região de fronteira, considerando também as percepções e aproximação do pesquisador com o objeto em estudos anteriores e grupos de pesquisa, mencionados na apresentação.

Existe a necessidade de amadurecimento dos estudos sobre o tema, pois o autor Massignam et al. (2015) ao analisar os estudos de Dovidio et al (2010) apontam que a investigação científica sobre o preconceito e a discriminação no acesso à saúde é considerada prioritária para garantir a equidade no acesso a tais serviços desde 1920. Cabendo destacar o reconhecimento da sociologia enquanto ciência capaz de elucidar os fenômenos de cunho social, visto que ela auxilia na compreensão/elucidação de como as diversas formas de expressão de preconceito e da discriminação deixam de ser tratadas como "naturais" nas relações entre grupos distintos, para serem compreendidas como questões que merecem uma reflexão crítica do objeto de estudo acadêmico e enfrentamento (MASSIGNAM et al, 2015).

Autores como Massignam et al. (2015) e Penner et al. (2010) dão entender que este objeto é produto cultural do cotidiano e que, assim, como as barreiras socioeconômicas, esses juízos de valor e comportamentos afetaria a garantia do acesso à saúde. As formas distintas de cuidado prestado percebidas por alguns usuários imigrantes permitem identificar formas reprováveis de demonstração de preconceito, no entanto, os limites de tais construções do senso comum são imprecisos, demonstrando sempre generalizações do cotidiano (HELLER, 2016) podendo tais categorias ser desconstruídas, reconstruídas e influenciadas pelo pensamento crítico-reflexivo.

Tal investigação justifica-se, ainda, à medida que suspeitas de preconceitos produzidos no cotidiano desses espaços poderiam se materializar como barreiras de

acesso à saúde dos imigrantes mesmo os residentes em regiões de fronteira. Considerando os estudos que Silva (2019) realizou, pode-se constatar que desde a criação da Lei de Imigração, houve retrocessos importantes. Por exemplo: o instrumento regulamentador (Decreto No 9.199/2017) restringiu direitos previstos na Lei de Migração. Além disso, centralizou a política na esfera da União, manteve excluído estados e municípios no processo de implementação dessa política migratória, impossibilitando os entes federados da implantação de políticas públicas para estes segmentos.

Os imigrantes que necessitam utilizar o SUS, compõem um dos grupos cujo acesso aos serviços de saúde no país, embora garantido em termos jurídicos-normativos, é dificultado por fatores estruturais (socioeconômicos e culturais). Os imigrantes, em geral, são mais vulneráveis social e economicamente, sobretudo, os recém-chegados, que se submetem mais facilmente a condições de trabalho precárias, salários baixos e a própria discriminação oriunda dos valores culturais da vida cotidiana. Tais fatores propiciariam maior risco de quadros de subnutrição, doenças laborais e doenças infecciosas como tuberculose, hepatites e HIV, além de graves transtornos psicossociais decorrentes das mudanças sociais e do rompimento do vínculo familiar, como depressão, alcoolismo e abuso de substâncias psicoativas (SANTOS, 2016).

Parte-se do pressuposto que essas expressões da "Questão Social"¹² podem ser ainda mais aprofundadas nas zonas fronteiriças, constituindo inumeráveis barreiras de acesso de natureza econômico-político ou cultural podendo ameaçar a "cidadania", que em termos deste trabalho, o de imigrantes residentes acesso às políticas de saúde na região fronteiriça de Foz do Iguaçu.

A mobilidade internacional, assim como a cidadania transfronteiriça, tem vital importância na atualidade em função do aumento intenso e diversificado do fluxo e circulação humana e de deslocamentos voluntários, sobretudo os forçados por desastres naturais, causas econômicas, guerras entre outros. Nesse sentido, o acesso à política de saúde nas zonas de fronteira coloca em evidência a atual necessidade de se construir modelos explicativos que tragam um entendimento crítico sobre o objeto (preconceito nos serviços de Saúde contra imigrantes), o qual é substancialmente histórico, social, de cunho econômico-político e cultural (GRANADA et al., 2017).

¹² A "Questão Social" é a forma como a sociologia entende os problemas da pobreza/injustiças sociais. Ou seja, é a forma como diversos autores como Marx e Durkheim tem suas aproximações teórico-metodológica acerca do objeto que outrora era emergente na Europa, a saber o fenômeno do *pauperismo*.

Os migrantes que necessitam utilizar os serviços de saúde poderiam se deparar com dupla situação: por um lado, vivem uma série de contradições, por adentrarem em um novo território, observarem novos costumes que podem até ser estranhos ou a antítese de suas antigas práticas, quando um imigrante latino migra para um Estado anti-imigrante, por exemplo; por outro lado, o local pode fazer emergir um sentimento de aversão devido ao preconceito, produzido e reproduzido no cotidiano ou por profissionais de saúde em unidades de atendimento. Considerando que os migrantes também deverão reconstruir seus sistemas de referências, cultura e hábitos, tendo como principais dificuldades a língua e as questões de natureza jurídica e política, as quais são invisíveis aos olhos, mas reais quando se trata de acesso aos serviços de saúde em qualquer país, dentre os quais, encontra-se o Brasil (SILVA, 2019).

A inclusão de imigrantes em serviços de atenção à saúde, pode ser um processo multifacetário, atravessado por preconceitos, valores históricos e culturais. Estudos indicam o idioma como a maior barreira da assistência, pois a língua é um dos instrumentos de comunicação, vínculo e resposta do usuário frente à terapêutica (ARRUDA-BARBOSA et al., 2020).

A busca pela explicação do fenômeno relacionado ao preconceito ao acesso à saúde dos imigrantes, seja na saúde global ou em regiões de fronteira, indica a necessidade de compreender o fenômeno da “Questão Social” sobre a imigração e seus impactos em se tratando da saúde, identificando modelos bastante complexos, auxiliando dessa forma a compreensão da realidade e das relações entre imigração e o acesso à Saúde (GRANADA et al., 2017).

O crescimento da imigração tem também acarretado políticas de controle migratório cada vez mais opressivas, com alto grau de seletividade, quase sempre baseadas em questões de segurança e em detrimento do aspecto humanitário (GRANADA et al., 2017).

Para Klauck e Szekut (2012) não é possível definir que existe uma identidade coletiva frente a diversidade populacional de Foz do Iguaçu. Quando menciona-se a pluralidade cultural como riqueza, deve-se considerar que são forjadas, cotidianamente, lutas de representações, definindo um imaginário social. Embora tal discurso seja apropriado pelos setores de turismo e comércio, vale-se dizer que estes agentes ao difundirem os discursos de que há “harmonia” entre as diversidades populacionais, contudo, ao enquadrarem a memória coletiva, associada aos ciclos migratórios que

definiram tal configuração social, esse discurso oculta conflitos e disputas entre sujeitos envolvidos nesses processos sociais.

É no cerne desta contradição, do discurso multicultural e das suspeitas de preconceito contra imigrantes no acesso à saúde na região de fronteira que este estudo busca se apoiar.

Para este trabalho optou-se por estudar as regiões de fronteira e imigrante, justamente porque estudos destacam esses elementos como composto por desigualdades. Assim, essa proposta de pesquisa científica se justifica ainda mais quando consideramos também os fluxos entre os países e a presença de imigrantes com interações materiais transfronteiriças (BRASIL, 2014 e INSTITUTO SOCIAL DO MERCOSUL, 2018.).

3 OBJETIVO

Conhecer, compreender e analisar as evidências científicas sobre o preconceito sofrido por imigrantes no acesso aos serviços de saúde.

3.1 Objetivos específicos

Identificar condições de vida e sociodemográficas dos imigrantes que necessitam do acesso aos serviços de saúde, reconhecendo como determinantes sociais de saúde.

Verificar quais foram os prejuízos sofridos em relação a saúde desses imigrantes devido a dificuldade de acesso aos serviços de saúde ocasionado pela prática do preconceito.

4 MÉTODO

Para a apreensão dessas categorias: preconceito, imigrantes e acesso aos serviços de saúde, as quais este trabalho se desenvolve, foi adotado pelo pesquisador um tipo de revisão com passos sistemáticos, a revisão integrativa (RI). Também respondendo ao objetivo que nos remete a identificação de lacunas no âmbito das ciências da saúde.

Em virtude da incomensurável quantidade de estudos na área da saúde, tornou-se vital o desenvolvimento de recursos e instrumentos, isso no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas sucintas e de propiciar, aos profissionais dessa área a melhor utilização dessas evidências em suas práticas no cotidiano (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Assim, a revisão integrativa, para Whitemore (2005) se trata de uma abordagem qualitativa e metodológica referente às revisões sistemáticas. Esta abordagem permite a inclusão de diversos tipos de estudos para compreensão de um fenômeno analisado. Oferece dados teóricos, empíricos, além de incorporar uma miríade de conceitos. Já a amplitude de estudos incluídos, combinado com a multiplicidade de projetos, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de Saúde relevantes para as diversas profissões da área de Saúde (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

As práticas de saúde baseada em evidências são uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Essa abordagem envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências científicas encontradas, bem como a implementação dessas evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos. Incorpora ainda, a competência clínica de profissionais e preferências do usuário para a tomada de decisão sobre a assistência à saúde (GALVÃO et al., 2002; GALVÃO; SAWADA, 2003).

Conforme Mendes, Silveira e Galvão ao analisarem Whitemore (2005), nos relatam que no movimento da Prática Baseada em evidência existe a necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, os quais permitem a busca, a avaliação crítica e a síntese de todas as evidências disponíveis naquele momento acerca do tema investigado, dentre estes se destacam a revisão sistemática e integrativa (MENDES et al., 2008).

Quando a prática profissional na saúde é desenvolvida tendo como base as evidências científicas, as intervenções na área da assistência à saúde tornam-se mais efetivas e seus resultados proporcionam a melhoria do cuidado e suas práticas. Os

profissionais de Saúde necessitam aprender a apreender e interpretar dados que irão subsidiar sua prática na melhor evidência disponível (GALVÃO; SAWADA, 2003).

O termo descrito, revisão integrativa, implica o uso e aplicação de pesquisas como base para a tomada de decisões sobre a assistência à saúde. Assim, podemos afirmar que a utilização de resultados de pesquisas consiste em um dos pilares da prática baseada em evidências. (GALVÃO; SAWADA, 2003).

Ao se propor estudar a relação entre migração, preconceito e saúde, faz-se necessário o uso de ferramentas extremamente conceituais, adequadas para abranger as profundas transformações ocorridas nas relações sociais e nas funções do Estado frente à dinamização das comunicações, transportes, fluxos de informações, de mercadorias, de pessoas e de serviços nas últimas décadas. O arcabouço metodológico utilizado para entender o fenômeno, dentro do âmbito das ciências naturais, em décadas anteriores, demonstrou incapacidade de dar conta da complexidade dos processos sociais relacionados ao capitalismo, ao cotidiano, bem como aos novos fluxos migratórios, aos debates acerca da cidadania interfronteiriça, e, finalmente, à assimilação dos imigrantes como um fenômeno social (SANTOS, 2016)

Os autores Ercole, Melo e Alcoforado (2014), orientam que para realizar uma revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas metodológicas distintas, sendo elas:

“identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento”. (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014, p. 9-10)

Contudo, cabe destacar que estas etapas não são tão rígidas, podendo se modificar em algumas etapas, sugerindo também como ponto inicial o estabelecimento de um protocolo de revisão, o qual já contemplaria parte dessas etapas.

Para este estudo, optou-se que a seleção inicial dos artigos por título, resumo e palavra-chave fosse realizada por dois avaliadores (um autor da dissertação e outro estudante de mestrado convidado), havendo divergência entre artigos, um outro revisor balizava a inclusão ou exclusão dos mesmos.

Por fim, foi realizada avaliação dos estudos incluídos; a interpretação dos resultados; assim como, a exposição da revisão e a síntese do conhecimento (ERCOLE,

MELO; ALCOFORADO, 2014). Todos esses passos estão descritos detalhadamente na sequência.

4.1 QUESTÃO DE PESQUISA DA REVISÃO INTEGRATIVA

Souza et al. (2010), ao fazer menção aos diversos estudos, indica que a formulação da pergunta norteadora é a fase crucial da revisão integrativa, pois define quais serão os estudos incluídos, os meios utilizados para a identificação dos mesmos e as informações a serem coletadas de cada estudo selecionado (SOUZA et al., 2010).

No intento de identificar e analisar evidências científicas sobre o objeto a ser estudado, este trabalho se orientou sob a seguinte questão de pesquisa: “Quais são as evidências científicas sobre a ocorrência de preconceito contra imigrantes no acesso aos serviços de saúde”. Para buscar os artigos, foram utilizadas como palavra-chave: Serviços de Saúde; Preconceito; Migrante/Áreas de fronteira¹³; Saúde global.

4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

As buscas deste estudo tiveram como critério de inclusão estudos que abordaram o uso de serviços de saúde por estrangeiros e a ocorrência de preconceito nos serviços, sendo os artigos de estudos primários, publicados na íntegra e indexados nas bases de dados em periódicos publicados nos últimos 10 anos nos idiomas inglês, espanhol ou português. E como critério de exclusão, as publicações de revisão de literatura, dissertações, teses, editoriais e diretrizes clínicas.

Sobre as fontes de informação (ou bases de dados), foram utilizadas 7 (sete), sendo elas; Web of Science - Coleção Principal (*Clarivate Analytics*), MEDLINE/PubMed (via *National Library of Medicine*), EMBASE (*Elsevier*), SCOPUS (*Elsevier*), CINAHL *with Full Text* (EBSCO), PsycINFO (APA) e Biblioteca Virtual em Saúde: BVS (BIREME¹⁴) - Portal Regional.

¹³ A expressão “áreas de fronteira ou saúde na fronteira” se trata de um descritor apenas do site de descritores de ciências da saúde (DeCS), sendo que sua tradução literal para o idioma inglês não serve como descritor controlado em outras bases de dados. A expressão que mais se aproxima ao contexto da fronteira é “Migrantes” e seus derivados.

¹⁴ Biblioteca Regional de Medicina

4.3 CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DE BUSCA

Para a aplicação da busca a partir da questão de pesquisa da revisão integrativa, utilizou-se a estratégia PICO. Para a autora Fineout-Overholt (2011) esta estratégia trata-se do acrônimo para *Patient, Intervention, Comparison e Outcomes*. O quadro 1, apresenta como as palavras-chaves foram adaptadas à estratégia PICO, tal estratégia é originária para revisões de estudos clínicos, por isso necessidade de adaptação.

Quadro 1 – Estratégia PICO para a pesquisa

P	Paciente/População/Problema	Área de fronteira/ Estrangeiros e ou imigrantes *
I	Intervenção	Acesso aos serviços de Saúde
C	Controle ou comparação	Não se aplica
O	Desfecho	Preconceito percebido

Fonte: elaborado pelo autor

Legenda: * A expressão “Áreas de fronteira” não é reconhecida em todas as bases de dados como descritor controlado, sendo apresentado a palavra-chave “Imigrantes” como significado.

A utilização dessa estratégia para decompor a questão de pesquisa para a condução de métodos de revisão possibilita a identificação de palavras-chave ou descritores, as quais auxiliam na localização de estudos primários relevantes nessas bases de dados (GARCIA et al., 2016).

Sobre as chaves de buscas, é fundamental saber que cada base de dados tem seu “código” de linguagem próprio, havendo necessidade de readequação dos descritores, de acordo com a forma de entendimento de chaves de busca para cada base, observando-se também a forma dos descritores e expressões booleanas, bem como estes elementos são combinados em cada base de dados. As combinações construídas nesta pesquisa estão descritas a seguir, conforme a base de dado utilizadas.

4.4 ESTRATÉGIAS DE BUSCAS APLICADAS NA PESQUISA E COLETA

Este subitem demonstra como as palavras-chaves e as expressões booleanas foram combinadas em cada base, tendo o entendimento que cada base tem o seu próprio código, e como pesquisado, isso precisa ser observado.

Então para a base de dados “**BIREME**” ficou: (Buscar na opção: “Título”, “Resumo” e “Assunto”). Foi pesquisado “(Prejudice OR Prejudices OR *Prejuicio* OR Preconceito OR Discriminação OR *Discrimination* OR *Discriminación*) AND (Immigrant OR *Inmigrante* OR *Immigration* OR Imigrante OR *Foreign* OR Estrangeiro OR *Extranjero* OR *Expatriates* OR Espatriado) AND (Health Services OR Health Service OR *Servicios de Salud* OR Serviços de Saúde OR *Health Services Accessibility* OR *Health Services Access* OR *Health Care Accessibility* OR *health care access* OR *healthcare access*). Para a BIREME, buscou-se artigos e termos nas línguas português, inglês e espanhol.

Na base de dados “**PUBMED**”, utilizou-se da opção “Buscar” em “*All Fields*”, sendo os descritores ou chaves de busca completamente na língua inglesa: *Prejudice* OR *Prejudices* OR *Discrimination* OR *Discriminations* AND *Immigrants* OR *Immigration* OR *Foreign* OR *Expatriate* AND *Health Services* OR *Health Service* OR *Health Services Accessibility* OR *Health Services Access* OR *Health Care Accessibility* OR *health care access*.

Tratando-se da base de dados “**CINAHL**”, também foi completamente na língua inglesa. Utilizando os termos de busca *Prejudice* OR *Discrimination* AND *Immigrants* OR *Immigration* OR *Foreign* OR *Expatriate* AND *Health Services* OR *Health Service* OR *Health Services Accessibility* OR *Health Services Access* OR *Health Care Accessibility* OR *health care access* OR *healthcare access*.

Na base de dados “**PSYCINFO**”, realizamos no campo “Pesquisa” em “*Any Field*”, sendo os descritores *Prejudice* OR *Discrimination* AND *Immigrants* OR *Foreign* OR *Immigration* OR *Expatriate* AND *Health Services* OR *Health Service* OR *Health Services Accessibility* OR *Health Services Access* OR *Health Care Accessibility* OR *health care access* OR *healthcare access*.

Na base de dados “**EMBASE**” utilizou-se o do campo “Pesquisa na Busca Avançada”, posteriormente selecionou-se – “*Search as broadly as possible*”, com os descritores *prejudice* OR *discrimination* AND *immigrants* OR *immigration* OR *foreign* OR *expatriate* AND *health services* OR *health service* OR *health services accessibility*

OR health services access OR health care accessibility OR health care access OR healthcare access.

Na base de dados "**SCOPUS**" (Pesquisar na opção: *Article title, Abstract, Keywords*), utilizou-se os descritores *Prejudice OR Discrimination AND Immigrants OR Immigration OR Foreign OR Expatriates AND Health Services OR Health Service OR Health Services Accessibility OR Health Services Access OR Health Care Accessibility OR health care access OR healthcare access*

E na base "**WEB OF SCIENCE**", utilizou-se os descritores na opção "Pesquisar" em "tópicos" sendo: *Prejudice OR Discrimination AND Immigrants OR Immigration OR Foreign OR Expatriate AND Health Services OR Health Service OR Health Services Accessibility OR Health Services Access OR Health Care Accessibility OR health care access OR healthcare access.*

4.5 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Em decorrência do alto volume de dados encontrados na pesquisa – 1449 artigos (mil quatrocentos e quarenta e nove), e para facilitar o gerenciamento dos artigos utilizou-se a ferramenta *RAYYAN QCRI disponível na internet (www)*, instrumento online de revisão sistemáticas (OUZZANI et al., 2016) que permitiu, inicialmente remover os artigos duplicados ou triplicados, sendo deletados 479 (duplicados), restando 970 para análise sobre atender ou não a pergunta de pesquisa bem como os critérios de inclusão/exclusão em etapa posterior.

Assim, seguiu-se para a leitura de título, resumo e palavras-chaves. Utilizou-se o modo de "cegamento ativado" na plataforma *RAYYAN QCRI*, para a leitura por dois pesquisadores, sendo um o pesquisador desta dissertação e o outro, um aluno do curso de mestrado do mesmo programa.

4.6 PROCESSO DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS

O instrumento de coleta de dados foi construído em Planilha no Microsoft Excel para a coleta de informações dos artigos selecionados contendo as seguintes questões: a) qual o título original do artigo; b) qual o título do artigo traduzido; c) quais são os autores; d) qual a data de publicação; e) qual a população participante do estudo; f) Os imigrantes são participantes ou discutidos; g) Como ou quem eram esses migrantes?; h) O artigo está

falando de acesso a saúde; Quando não, do que se trata; i) Qual local onde estudo foi realizado? j) Era região de fronteira? k) Qual o método do estudo? l) Qual técnica de coleta de dados desse estudo? m) Quais foram os resultados desses estudos? Qual a matriz ou referencia teórica-metodológica desses estudos?

4.7 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLOGICO DE INTERPRETAÇÃO

Em um trabalho como este, é imprescindível fazer menção à proposta dialética para análise e compressão desses dados que ora se apresenta. Tozoni-Reis (2010), ao se referir à Minayo (1992), faz jus à dialética, a qual diz respeito ao modo que a ciência se constrói, ou seja, trata-se de uma relação dinâmica entre a prática e a experiência que surge na realidade material.

O primeiro nível de interpretação deve ser realizado, em primeira instância, sob as determinações fundamentais do objeto em questão. Assim, esse nível atravessa a conjuntura socioeconômica, política ou cultural a qual integra o segmento societário ou objeto em questão a ser analisado. O segundo nível de interpretação, baseia-se no encontro que ocorre com os fatos achados na investigação. Este é o “ponto de partida” e o “ponto de chegada” da análise sendo observados e considerados aspectos como comunicação individual, escrita, condutas, costumes, análise das instituições, observações de ritos, cerimônias e valores (Tozoni-Reis 2010, Minayo 1992). Pensando a dialética como ótica epistemológica para observar este estudo de revisão: deve-se observar a escrita dos artigos, os indivíduos participantes dos estudos originais, as condutas registradas e denúncias apontadas devido ao caráter social dos artigos analisados, quem tem voz no artigo, de onde se fala e quem são os falantes (autores e/ou participantes).

Para tal trabalho atingir sua operacionalização, houve ordenamento dos dados, organização de categorias, bem como uma análise final que será apresentada na discussão (TOZONI-REIS 2010).

5 RESULTADOS

A busca na literatura foi realizada utilizando os descritores de assunto dos sites DeCS¹⁵ e MeSH¹⁶. Obteve-se como resultado de cada base BIREME - 156 artigos, PUBMED - 558 artigos, CINAHL - 99 artigos, PSYCINFO - 25 artigos, EMBASE - 123 artigos, SCOPUS - 124 artigos e WEB OF SCIENCE - 364 artigos. Para uma demonstração literal, pode-se observar o quadro a seguir.

Quadro 2 – O resultado inicial da busca para cada base de dados e detalhamento.

BASES PESQUISADAS	DETALHES (DATA, HORA, RESULTADO)
BVS – LILACS	Data: 10 de setembro de 2020 – 15:37 Pesquisa: 156 Resultados encontrados
PUBMED	Data: 10 de setembro de 2020 – 15:53 Pesquisa: 558 Resultados encontrados
CINAHL - EBSCO	Data: 10 de setembro de 2020 – 16:08 Pesquisa: 99 Resultados encontrados
PSYCINFO - APA	Data: 10 de setembro de 2020 – 16:14 Pesquisa: 435 Resultados encontrados
EMBASE	Data: 10 de setembro de 2020 – 16:53 Pesquisa: 123 Resultados encontrados
SCOPUS	Data: 10 de setembro de 2020 – 16:33 Pesquisa: 124 Resultados
WEB OF SCIENCE	Data: 10 de setembro de 2020 – 16:59 Pesquisa: 364 Resultados

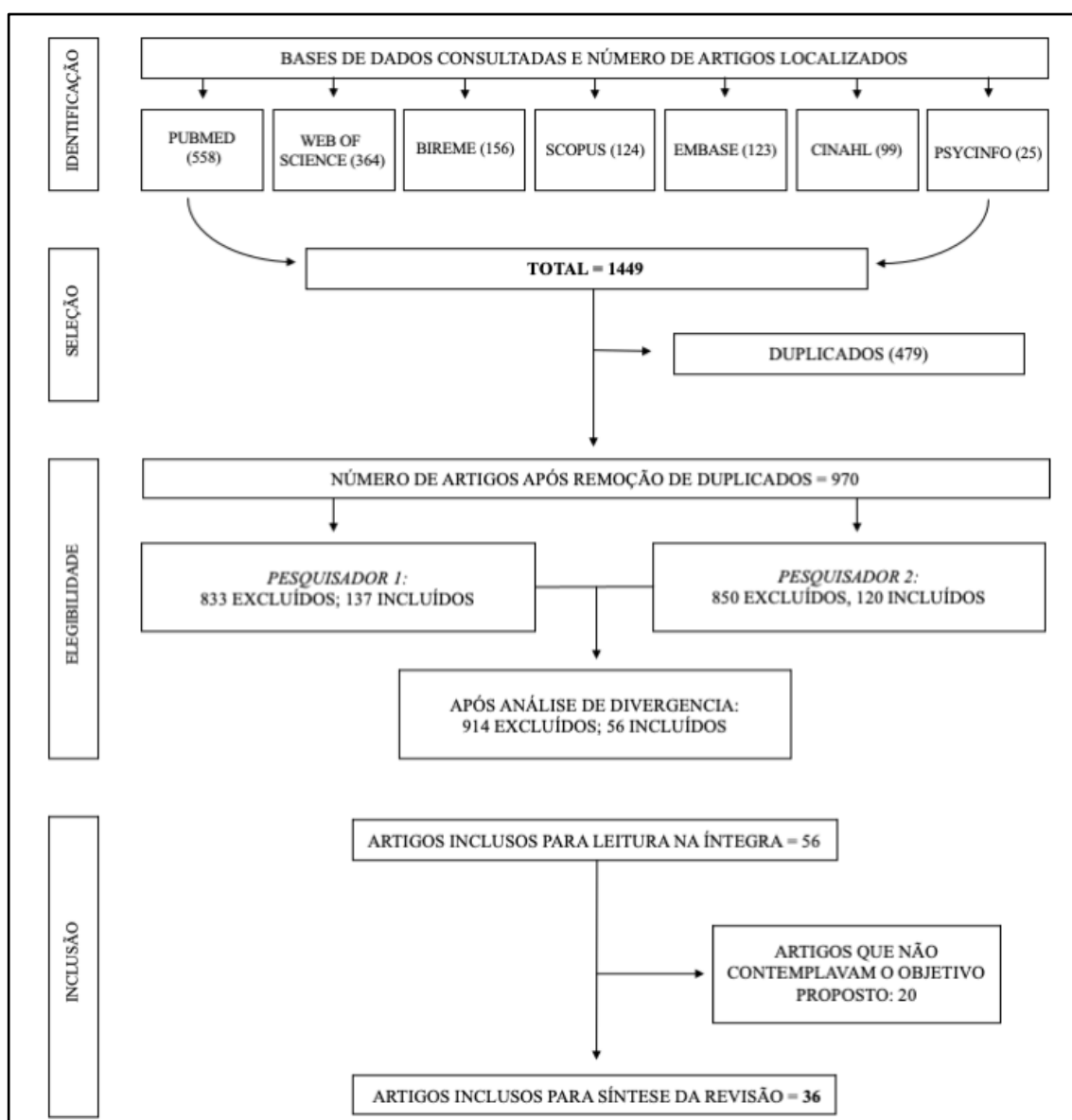
Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

¹⁵ Descritores de Ciências da Saúde

¹⁶ *Medical Subject Headings*

Após todo processo de seleção, chegou-se aos artigos da amostra para análise. A amostra de artigos que compôs este estudo constitui-se de 36 (trinta e seis). Os detalhes do processo de revisão encontram-se demonstrado no diagrama a seguir (Figura 1), no qual apresenta os resultados das buscas, as etapas preliminares até chegar ao grupo final de artigo que compõem a revisão integrativa final.

Figura 1 - Diagrama do processo de seleção de artigos segundo o sistema *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA).

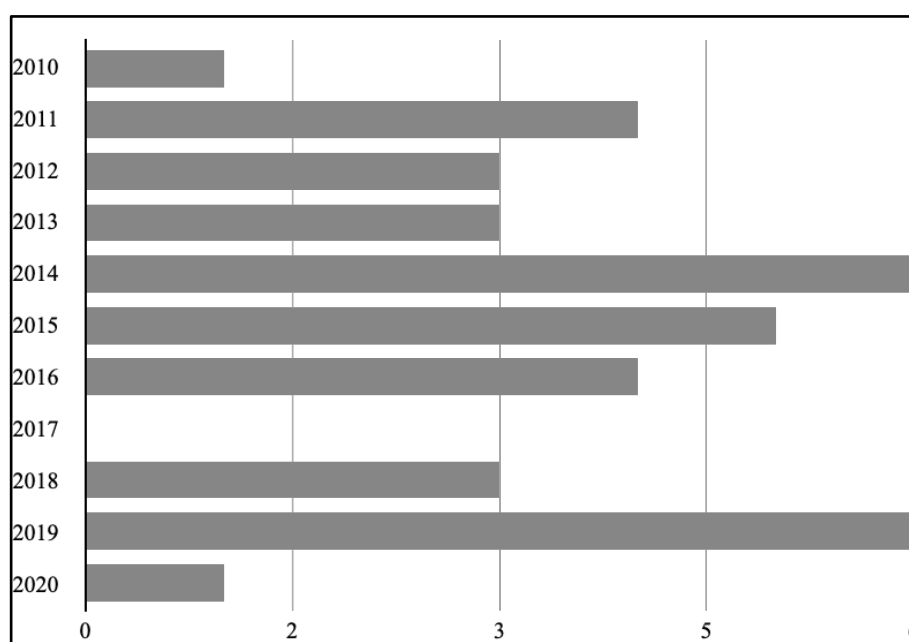


Fonte: Elaborado pelo autor

Após a seleção e leitura na íntegra dos artigos que fazem parte desta RI, foi realizado o fichamento e extração de dados e informações dos artigos, sendo os estudos agrupados e categorizados conforme os achados desta revisão, utilizando o aplicativo Microsoft Excel.

A seguir são apresentadas informações descritivas sobre o conjunto dos artigos. Nos anos de 2014 e 2019, foi identificado o maior número de artigos publicados, sendo seis artigos em cada ano. Todavia, nesta mesma busca não foi possível encontrar artigos publicados sobre o tema em 2017. Demais detalhes estão apresentados na figura 2.

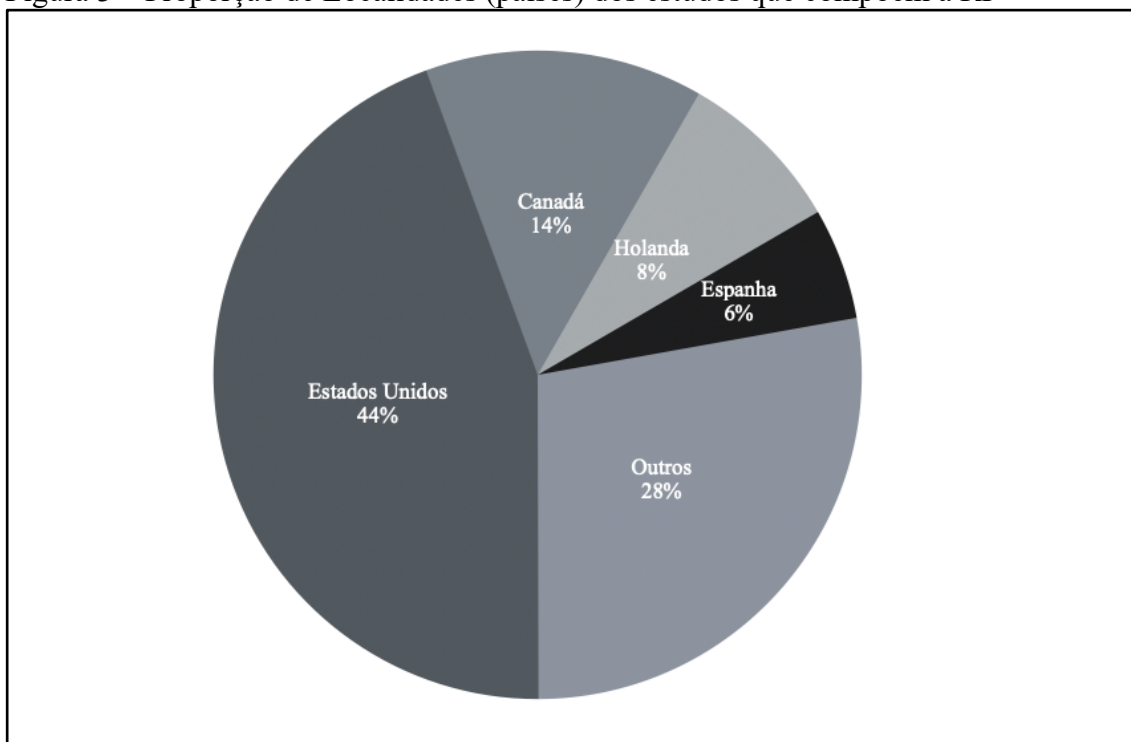
Figura 2 – Frequência de artigos publicados conforme o ano



Fonte: Elaborado pelo autor

Dentre esses estudos selecionados, nos últimos 10 anos, os Estados Unidos da América (EUA) foi o país com mais publicações, com o total de 16 (44%) estudos, seguido de Canadá apresentando 5 (cinco) estudos, depois a Holanda 3 (três), Espanha 2 (dois), Suécia 2 (dois), e outros países 10 (dez) e outros países que poderão ser identificados posteriormente. Foi considerado como localidade do estudo o local de coleta e realização do trabalho. A figura 3 apresenta os resultados deste estudo referente à localidade dos estudos que integram a revisão conforme a proporção.

Figura 3 – Proporção de Localidades (países) dos estudos que compõem a RI



Fonte: Elaborado pelo autor

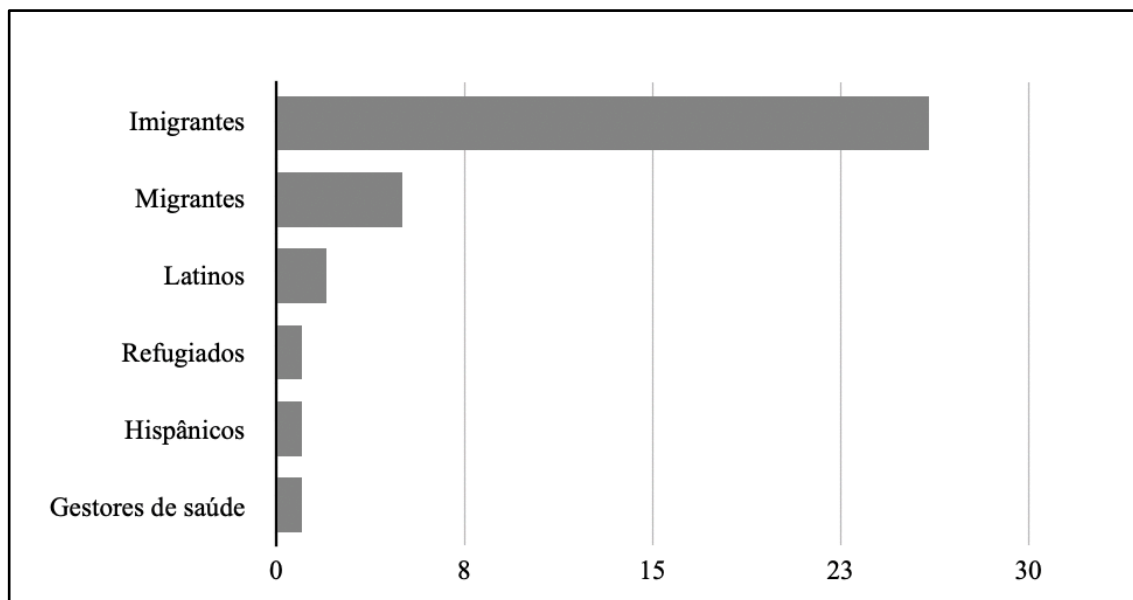
Contudo, a respeito do local de desenvolvimento dos estudos, foi possível identificar que apenas um se tratava de estudo realizado em região de fronteira, com o título “*Newcomers Health in Brantford and the Counties of Brant, Haldimand and Norfolk: Perspectives of Newcomers and Service Providers*” (Saúde dos recém-chegados em Brantford e nos condados de Brant, Haldimand e Norfolk: perspectivas dos recém-chegados e serviço Provedores, tradução livre) de Bharati Sethi (2012), os demais, discutiam a questão de imigrantes em localidades não fronteiriças.

Para a realização deste estudo, foram incluídos artigos apenas em inglês, português e espanhol. Esses artigos foram veiculados em periódicos diferentes e indexados em bases de dados.

Referente à população participante nos estudos, a figura 4 detalha quais os grupos foram encontrados nos artigos analisados. A maioria dos documentos analisados utilizou a expressão “imigrantes”, ocorrendo em 26 artigos. Já a expressão “migrantes” apareceu em cinco artigos. Cabe destacar que esses artigos não discriminaram ou não diferenciaram de onde seriam esses Imigrantes/migrantes, ou ainda pelo fato do artigo abordar grupos de diversa nacionalidades, mas nenhuma em específico, também usaram a expressão imigrante/migrante. Outras expressões que apareceram foram: Refugiados (um), Latinos (dois), Hispânicos (um). Também cabe destaque um artigo no qual os participantes da

pesquisa eram gestores dos serviços de Saúde, os quais falavam sobre sua percepção do processo migratório de ciganos do leste europeu e as relações do destes com os serviços de saúde nos países daquela região que fazem parte da união europeia a partir de 2004. Os resultados obtidos estão desenhados no gráfico a seguir:

Figura 4 – Frequência de participantes nos estudos avaliados



Fonte: Elaborado pelo autor

As informações extraídas dos artigos encontram-se detalhadas a seguir no Quadro 3. As informações dizem respeito a Autor e data, participantes do estudo, localização em que foi realizado estudo, perfil dos participantes e método do estudo.

Quadro 3 – Resultados da extração dos artigos selecionados na revisão integrativa

ARTIGOS	Autor/Data	Qual a população participante do Estudo	Os migrantes são participantes ou discutidos?	Como ou quem eram esses migrantes?	Se não, fazer observação (do que se trata)	Local do estudo?	Método do estudo
A1	Jessica Richards, Merav Kliner, Shirley Brierley, Laura Stroud. (2014)	Os gestores de Saúde	Discutidos	Ciganos do leste europeu	-	Países do leste europeu	Qualitativo
A2	Dana March, Jasmine Williams, Shayla Wells, Joseph P. Eimicke, Jeanne A. Teresi, Casandra Almonte, Bruce G. Link, Sally E. Findley, Walter Palmas, Olveen Carrasquillo, José A. Luchsinger. (2015)	Hispânicos	Participantes	Hispanicos com idade entre 35 e 70 anos	-	EUA	Quantitativo
A3	Jaime Pinilla, Miguel A. Negrín, Ignacio Abásolo (2019)	Imigrantes	Discutidos	“Imigrantes econômicos” da américa-latina. Potencialmente o grupo mais vulnerável entre os imigrantes.	-	Espanha	Quantitativo

Continua

A4	Vanessa B. Sheppard, Karen Patricia Williams, Judy Wang, Vickie Shavers, Jeanne S. Mandelblatt (2014)	Imigrantes	Participantes	Mulheres sul-americanas, monolíngue e era casada ou vivia casada.	–	EUA	Quantitativo
A5	M. Guirgis, F. Nusair, Y. M. Bu, K. Yan and A. T. Zekry (2011)	Migrantes	Participantes	Migrantes com hepatites virais	–	Austrália	Quantitativo e Qualitativo
A6	Yonina Fleischman, Sarah S. Willen, Nadav Davidovitch, Zohar Mor (2015)	Migrantes	Participantes	migrantes 1) entre as idades de 18-65, 2) vivendo em Israel, pelo menos um ano	–	Israel	Pesquisa qualitativa
A7	Mia Tulli, Bukola Salami, Lule Begashaw, Salima Meherali, Sophie Yohani, Kathleen Hegadoren (2020)	Imigrantes	Participantes	Mães Imigrantes e refugiadas em uso de Serviços de Saúde	–	Canadá	Pesquisa qualitativa
A8	Juliet T. Chandler, Ruth E. Malone, Lisa M. Thompson, Roberta S. Rehm (2012)	Imigrantes	Participantes	Mulheres mexicanas indocumentadas	–	EUA	Pesquisa qualitativa e quantitativa

Continuação

A9	Majda Lamkaddem, Marie-Louise Essink-Bot, Walter Deville , Marleen Foets, Karien Stronks (2011)	Imigrantes	Participantes	Marroquinos e Turcos	Fala de preconceito e discriminação fora do ambiente de saúde	Holanda	Pesquisa qualitativa e quantitativa
A10	Marissa Raymond-Flesch, Rachel Siemons, Nadereh Pourat, Ken Jacobs, Claire D. Brindis (2014)	Imigrantes	Participantes	Jovens Imigrantes Latinos indocumentados	–	EUA	Pesquisa qualitativa
A11	Alexandra F Lightfoot, Kari Thatcher, Florence M Sima´n, Eugenia Eng, Yesenia Merino and Tainayah Thomas, Tamera Coyne-Beasley, Mimi V Chapman (2019)	Imigrantes	Participantes	Jovens Latinos que relataram discriminação em uso de serviços de Saúde	–	EUA	Pesquisa qualitativa

Continua

Continuação

A12	Moónica Ruiz-Casares, Cécile Rousseau, Audrey Laurin-Lamothe, Joanna Anneke Rummens, Phyllis Zelkowitz, François Crépeau, Nicolas Steinmetz (2013)	Imigrantes	Participantes	Crianças migrantes indocumentadas e mulheres grávidas	–	Canadá	Quantitativo e Qualitativo
A13	Gina M Higginbottom, Jalal Safipour, Sophie Yohani, Beverly O'Brien, Zubia Mumtaz, Patricia Paton, Yvonne Chiu, Rubina Barolia (2016)	Imigrantes	Participantes	Mulheres Imigrantes que vivem em Zona rural	–	Canadá	Qualitativo
A14	Sonia Mendoza, Adria N. Armbrister, Ana F. Abraído- Lanza (2018)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes de vários locais da comunidade na cidade de Nova York e	–	EUA	Quantitativo e Qualitativo

Continua

A15	Tharani Loganathan, Deng Rui, Chiu-Wan Ng, Nicola Suyin Pocock (2019)	Migrantes	Participantes	Trabalhadores migrantes que muitas vezes não conseguia pagar a conta medica	–	Malaysia	Qualitativo
A16	May Ling Halim, Hirokazu Yoshikawa (2013)	Imigrantes	Participantes	Mães imigrantes	–	EUA	Pesquisa qualitativa
A17	Jeanine Suurmond, Ellen Uiters, Martine C. de Bruijne, Karien Stronks, Marie-Louise Essink-Bot (2010)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes em condição de pacientes	Sobre a segurança do paciente	Holanda	Entrevistas transcritas e analisadas qualitativamente com o método framework.
A18	Markos Lolos, Pelopidas Koutroumanis, George Daskalakis, Dimitrios Loutradis (2019)	Refugiados	Participantes	Refugiadas que estavam grávidas	–	Grécia	Uma análise de coorte retrospectiva

Continuação

A19	Daniel F. López-Cevallos, S. Marie Harvey (2015)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes latinos que viviam em zona rural	–	EUA	Entrevistas e análises multivariadas
A20	Farrah Jacquez, Lisa Vaughn, Jenny Zhen-Duan, Camille Graham (2016)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes latinos que viviam nos EUA	–	EUA	Pesquisa qualitativa
A21	Esme Fuller-Thomson, Andrea M. Noack, Usha George (2011)	Imigrantes	Participantes	Novos imigrantes	–	Canadá	Pesquisa longitudinal
A22	Farrah Jacquez, Lisa M. Vaughn, Terri Pelley, Michael Topmiller (2015)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes latinos	–	EUA	Metodo de pesquisa qualitativa
A23	Manijeh Mehdiyar, Rune Andersson, Katarina Hjelm, Lene Povlsen (2016)	Migrantes	Participantes	Migrantes soropositivos para HIV	–	Suécia	A Grounded Theory

Continua

Continuação

A24	Emília de Carvalho Coutinho, Alcione Leite da Silva, Carlos Manuel Figueiredo Pereira, Diana Filipa Chaves Rouxinol, Vitória Barros Castro Parreira (2014)	Migrantes	Participantes	Mulheres portuguesas e migrantes	Significados atribuídos à dor do parto	Portugal	Método de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória
A25	Maria A. Gurrola, Cecilia Ayón (2018)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes latinos	Experiência com discriminação em outros ambientes (escolas e o sistema de aplicação da lei)	EUA	Grupos focais
A26	David Becerra, David Androff, Jill T. Messing (2015)	Latinos	Participantes	Latinos que vivem nos EUA	–	EUA	Análise de dados

Continua

Continuação

A27	Paul J. Fleming, Laura Villa-Torres, Arianna Taboada, Chelly Richards, Clare Barrington (2016)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes latinos	–	EUA	Pesquisa qualitativa
A28	Daniel F.López-Cevallos, S.MarieHarvey, JocelynT.Warren (2014)	Latinos	Participantes	Jovens latinos que viviam em área rural	–	EUA	Pesquisa quantitativa
A29	Jeanine Suurmond, Ellen Uiters, Martine C de Bruijne, Karien Stronks, Marie-Louise Essink-Bot (2011)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes que viviam na Holanda	–	Holanda	Pesquisa qualitativa
A30	Bharati Sethi (2012)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes recém-chegados	–	Canadá	Quantitativo e Qualitativo
A31	Melanie Lindsay Straiton, Arild Kjell Aambø, Rune Johansen (2019)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes que viviam na Noruega	–	Noruega	Pesquisa quantitativa

Continua

Continuação

A32	Hunter M. Keysa, Bonnie N. Kaiserb, Jennifer W. Fosterc, Rosa Y. Burgos Minayad and Brandon A. Kohrte. (2014)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes Haitianos	–	Republica Dominicana	Pesquisa qualitativa
A33	Antonio Oltra Mahiques, David Sancho Cantus, María Cuerda Ballester, Silvia Solera Gómez (2019)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes marroquinos	–	Espanha	Pesquisa qualitativa
A34	Sharareh Akhavan, Saffron Karlsen (2013)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes bósnios, iranianos, palestinos, russos e cubanos	–	Suécia	Pesquisa qualitativa

Continua

A35	Fay Saechao, Sally Sharrock, Daryn Reicherter, James D. Livingston, Alexandra Aylward, Jill Whisnant, Cheryl Koopman, Sarita Kohli (2012)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes do Camboja, Europa Oriental, Irã, Iraque, África e Vietnã	-	EUA	Pesquisa qualitativa
A36	Lilli Mann-Jackson, Eunyoung Y. Song, Amanda E. Tanner, Jorge Alonzo, Julie M. Linton, Scott D. Rhodes (2018)	Imigrantes	Participantes	Imigrantes latinos que viviam nos EUA		EUA	Pesquisa quantitativa

Os artigos foram lidos na íntegra buscando responder à pergunta norteadora da pesquisa. A leitura e interpretação do fenômeno, a partir dos artigos, foram buscadas alicerçadas no referencial teórico-metodológico marxista com base nos autores: György Lukacs que colabora com a obra “A ontologia do Ser Social I”, para a compreensão filosófica ética, estética e do trabalho do ser humano e Agnes Heller, a partir da obra “O cotidiano e a história” colaborando com a definição e estudos sobre o preconceito para discutir as relações sociais e humanas.

Após a leitura dos artigos e com base no referencial escolhido, foi possível identificar três categorias de análise extraídas do material de revisão. As três categorias são: a) O preconceito como barreira de acesso à saúde aos imigrantes; b) A condição de vida e saúde dos imigrantes que sofrem preconceito e c) A negação do direito à saúde enquanto manifestação do preconceito.

Esta pesquisa obteve, portanto, como resultado, três categorias centrais que puderam ser identificadas e que também se repetiram ao longo da leitura e análise dos artigos que compuseram a RI. Essas categorias foram identificadas como: a) “O preconceito enquanto barreira de acesso à saúde dos imigrantes”; b) “A condição de vida e saúde dos imigrantes que sofrem preconceito”; e c) “A negação do direito à saúde enquanto manifestação do preconceito”. A síntese do resultado da análise dessas três categorias está impressa nas próximas linhas e páginas desta dissertação:

6 DISCUSSÃO

6.1 O PRECONCEITO ENQUANTO BARREIRA DE ACESSO À SAÚDE DOS IMIGRANTES

Tendo a compreensão descrita teoricamente sobre o preconceito enquanto categoria do pensamento e do comportamento cotidiano, (HELLER, 2016), nos estudos analisados, tal categoria atua como barreira de acesso à saúde dos imigrantes, o que foi evidenciado em diversos estudos nesta revisão integrativa.

O preconceito em relação aos imigrantes foi evidenciado nos estudos de várias formas. Alguns desses estudos apresentam a questão da pobreza que vamos discutir aqui como “Questão Social” não isolada de seus condicionantes e determinantes históricos, demonstrando que essa expressão de necessidade tem reflexões sobre a saúde humana. Os autores Richards et. al. (2014), em seus estudos consideram que as ações de enfrentamento dessas manifestações da “Questão Social” estariam “não compete ao serviço de saúde”. Contudo, deve-se destacar que no Brasil, na lei 8.080/90, reza-se que em seus artigos, em primeiro lugar, a regulação do SUS ocorre sobre todo território brasileiro; em segundo lugar, considera-se que a saúde é um direito humano, para o qual o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu exercício. E, em terceiro lugar, a organização da saúde expressa-se em níveis econômicos, sociais e políticos, sendo ela resultante de determinantes e condicionantes. Determinantes e condicionantes de saúde entendidos na lei são: a alimentação, o acesso à moradia digna, ao saneamento básico, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o ir e vir, o transporte, o lazer e o acesso à cultura, aos bens e serviços essenciais para a vida. Assim, os autores Richards et. al. (2014) sugerem como “solução” para o problema apresentado em linhas anteriores: a parceria de trabalho com serviços “voluntários” e “comunitários” pode fazer o enfrentamento dessas problemáticas.

Richards et. al. (2014), considera que tais necessidades de saúde não satisfeitas da população cigana estão associadas às suas expectativas culturais, educação precária e pobreza. Desta forma, o mau atendimento de imigrantes evidenciado neste estudo preocupou os profissionais de saúde, pois, com vínculos fragilizados, imigrante *versus* profissional, os serviços não podem impactar positivamente na promoção da saúde. Considera-se que o comportamento sanitário desses imigrantes era “negativos”, pois,

resultaram tanto de valores culturais quanto de privação de bens materiais, sendo que estes fatores podem estar relacionados.

Em outro país, Suécia, os resultados de outro estudo mostram que os fatores considerados contribuintes para preconceito ou discriminação negativa, entendida no estudo, como uma forma de preconceito ou discriminação negativa para os usuários imigrantes nos serviços e cuidados de saúde, podem ser agrupados em questões que tem explicações sociais, estruturais relacionadas à presença ou ausência de poder; e explicações culturais, ou também comportamentais (AKHAVAN; KARLSEN, 2012). Cabe destacar que essas explicações que balizam e justificam a desigualdade e o preconceito tem suas raízes na economia política e nos valores reproduzidos culturalmente no cotidiano, assim sendo normalizado a diferença de tratamento para nativos e imigrantes, ricos ou pobres.

Para ajudar a esclarecer esta situação, a autora Fraser (2006) distingue teórico e analiticamente duas maneiras muito inteligíveis de se compreender a injustiça. A primeira delas é a injustiça econômica, que tem raiz na estrutura da economia política de uma sociedade. São exemplos a exploração do trabalho (na qual há a expropriação do produto do seu próprio trabalho, onde o empregador obtém a *mais-valia*), a marginalização econômica (ser obrigado a vender sua força de trabalho um trabalho indesejável, insalubre ou mal pago, assim como também não ter acesso ao trabalho); e, não menos importante, a privação material dos meios de produção (não ter acesso a um padrão de vida humanamente adequado).

A segunda forma que Fraser (2006) compreende as injustiças é de maneira cultural ou simbólica, uma vez que tem sua raiz nos padrões sociais de representação, ou figuras sociais e também a comunicação. Neste caso, podemos encontrar, como exemplo, a dominação cultural e científica hegemônica, principalmente a estadunidense como foi evidenciado neste estudo de revisão, assim, ser submetidos a esses padrões associados a outra cultura e hostis à sua própria, ou a invisibilização (tornar o outro oculto por meio de instrumentos ou práticas comunicativas, interpretativas, organizacionais, representacionais autorizadas da própria cultura) e o desrespeito que significa ser mal avaliado e desqualificado cotidianamente nessas representações culturais públicas estruturais (racismo estrutural, por exemplo) ou individuais (preconceito, discriminação).

Os autores como Guirgis et al. (2012), destacam bastante os fatores culturais como a desvalorização ou desumanização dos imigrantes (o preconceito aos imigrantes) em seu estudo sobre o acesso à saúde de imigrantes. Uma dessas evidências foi que ao menos

22% dos participantes de seu estudo relataram barreiras culturais ao acesso à saúde. Já 53% dos participantes relataram medo de discriminação ou mesmo estigma durante os atendimentos médicos. Considerou-se também como obstáculos as diferenças na “percepção” da saúde (16%), a cultura do silêncio (16%), questões de sigilo/confidencialidade (9%) e idade (6%).

No mesmo estudo de Guirgis et al. (2012) foi identificado fatores de desigualdade no tratamento: 21% dos participantes deste estudo (imigrantes e profissionais de saúde que atendiam imigrantes) relataram problemas de tratamento profissional dado como um obstáculo para o acesso à saúde. Também o desconhecimento dos tratamentos terapêuticos ou as opções disponíveis foi apontado como um grande obstáculo em 40% dos casos.

Já sobre os fatores socioeconômicos e políticos, que em nossa interpretação tem suas raízes na “Questão social”: Contudo já no estudo de Guirgis et al. (2012), 5% dos participantes consideram os fatores socioeconômicos como contribuintes para a redução do acesso aos cuidados de saúde. Destaca-se que deste grupo, 86% relataram preocupações financeiras como um grande obstáculo, especialmente para usuários que não obtém uma cobertura adequada do plano de saúde por serem imigrantes. Os usuários também citaram o encarceramento¹⁷ como fator de impacto negativo na adesão e continuidade ao tratamento (GUIRGIS et al., 2012).

Finalmente, Guirgis et al. (2012) concluem que os próprios profissionais de saúde precisam de formação adequada, incluindo treinamento sensível à cultura para a criação de mais espaços de saúde culturais e comunitários que possam servir como recursos para enfrentar essas barreiras.

Ainda no mesmo contexto, é relevante destacar que as barreiras são agravadas pelo *status* de migração, no estudo de Fleischman et al. (2015) corroboram esta ideia pois citam como barreira o custo proibitivo de atendimento, a confusa e má organização dos serviços, a linguagem ou idioma e a percepção de baixa qualidade do atendimento. Tais fatores são a expressão do preconceito contra o imigrante no acesso à saúde, pois demonstram a diferenciação a respeito do atendimento apenas pelo fato de ser imigrante.

¹⁷ As políticas anti-imigração dos últimos anos fizeram com que determinadas instituições que oferecem serviços de saúde para os imigrantes tivessem uma relação direta com o departamento de imigração, fator este causador de medo e repulsa pelos serviços de saúde quando os imigrantes adoecem (JACQUEZ et al., 2016).

Assim, as barreiras mais comumente identificadas e incluem a tensão financeira em torno de planos de saúde que são caros e a falta de informações sobre o sistema de saúde nos países que recebem os imigrantes. Também está incluso sentimento de não ser ouvido pelos prestadores de serviços, racismo e discriminação, aculturação e estigma em torno da saúde mental (TULLI et al., 2020)

Richards et al. (2014), ao realizar uma pesquisa com imigrantes do Leste Europeu (República Tcheca, Estônia, Hungria, Letônia, Lituânia, Polônia, Eslováquia e Eslovênia), observaram altas taxas de mobilidade dentro e fora dos locais de residência dos mesmos e, às vezes, houve dificuldade para localizar mulheres e crianças ciganas, o que, de certo modo, aumenta a dificuldade para o atendimento em saúde. A respeito dessa população, ela foi citada como tendo problemas para continuidade do cuidado infantil, com falta de contato com os serviços e baixa continuidade do cuidado de saúde. Nesse estudo, muitos profissionais reclamavam sobre a perda de usuários e da dificuldade dos serviços em realizar os atendimentos e acompanhamentos. Posteriormente, esses profissionais sentiram a necessidade de fazer denúncia contra esses imigrantes do Leste Europeu.

Ainda sobre o estudo de Richards et al. (2014), evidenciou-se que algumas mulheres dessa população imigrante não consideravam o acesso aos serviços como “benéfico”, tampouco a satisfação dos profissionais a respeito dos ciganos, na forma que eles utilizavam os serviços de saúde, outras relatavam desconhecerem os serviços de saúde especializados, como a maternidade. Outras não sabiam como acessá-los ou ao menos imaginavam que estes era gratuitos no país. Sobre os profissionais, todas as parceiras entrevistadas concordaram que o acesso tardio ao pré-natal era comum neste segmento com altas taxas de não comparecimento as consultas, contudo, não ficou evidente como se dava este acesso, se a unidade era de portas abertas, ou quais documentos eram necessários para este acesso ou mesmo os critérios. O estudo de Richards et al. (2014) deixa entender que existe um problema contra os imigrantes no acesso aos serviços de saúde.

Já sobre o racismo e discriminação, que foi outro ponto identificado no estudo de Tulli et al., (2020) o qual destacou que sete mães participantes relataram racismo e discriminação como causas de problemas de saúde mental em seus filhos e que são verdadeiras barreira de acesso aos serviços em geral, principalmente os de saúde. Houve casos de negação de acesso aos direitos e serviços, simplesmente, porque o usuário não sabia falar a língua do país em que solicita o serviço.

Dois participantes relataram que se sentiram extremamente discriminados por serem imigrantes, observando que necessitavam do apoio, contudo, o serviço era apenas oferecido aos refugiados. De fato, eles sentiram que estavam competindo com os refugiados por recursos do governo e foram deixados sem apoio (TULLI et al., 2020).

Esse estudo levantou implicações para os formuladores de políticas de imigração, que podem transformar o acesso à saúde financiando programas que incorporam a promoção da saúde no acompanhamento pré e pós-migração. Abordar as barreiras estruturais (econômicas e culturais) que os imigrantes enfrentam no acesso aos serviços de saúde também pode melhorar a saúde mental dos mesmos. O estudo recomenda que formuladores de políticas podem e devem aplicar políticas antirracistas e criar estratégias abrangentes para reconhecer e enfrentar o preconceito contra imigrantes e, subsequentemente, abordar questões relacionadas à pobreza em comunidades dos mesmos (TULLI et al., 2020).

A respeito da associação entre discriminação percebida e utilização de cuidados de saúde, Lamkaddem et al. (2011) consideram que não é intermediada pela qualidade percebida de cuidados. Isso porque a discriminação também fora dos ambientes de cuidados de saúde pode ter um efeito direto sobre a utilização dos serviços de saúde, ou também mediadores fora do âmbito do serviço de saúde podem estar desempenhando algum papel, sem afetar a relação com a qualidade percebida de cuidados. Ou seja, mesmo maltratados, alguns imigrantes podem não deixar de utilizar esses serviços. Contudo, sendo discriminadas em outros serviços, estas experiências negativas impedem a ainda mais utilização e acesso aos cuidados por outros imigrantes.

O estudo conduzido por Jacquez et al. (2016), as barreiras identificadas nos cuidados, serviços ou profissionais de saúde variaram consideravelmente, com os imigrantes, principalmente os latinos. Para estes, há mais relatos de barreiras e dificuldade aos cuidados em termos práticos do que em comparação com imigrantes não-latinos, afro-americanos e brancos. Identifica-se, portanto, uma questão regional: A xenofobia.

Em outro estudo foram identificados alguns tipos de situações em que os participantes vivenciaram eventos ruins negativos no acesso à saúde, tais quais: a) situações em que os participantes sentiram que a troca de informações entre eles e o prestador de cuidados era inadequada; 2) situações nas quais diferentes expectativas entre os participantes e os profissionais de saúde acerca dos procedimentos; e 3) situações em que os entrevistados se sentiram maltratados por profissionais de saúde (SUURMOND et al., 2011).

As autoras Suurmond et al. (2011) consideram que o treinamento específico para provedores de cuidados individuais pode permitir que eles se comuniquem de maneira adequada para trocar informações e descobrir as necessidades específicas do usuário, bem como, as perspectivas sobre a doença e o tratamento.

Um dos estudos que emergiu na RI permitiu aos participantes compartilharem experiências de discriminação por parte de profissionais de saúde. As falas dos imigrantes participantes do estudo são carregadas de xenofobia, discriminação e preconceito, podendo ser percebidas nas expressões a seguir: “*eu penso que isso está relacionado a nós*”, “*somos marrons indocumentados*”, “*temos baixa renda*”, “*elas vão nos tratar de maneira diferente*” Essas falas são de jovens latinos em território estadunidense que não tem um provedor regular, eles têm poucas oportunidades de desenvolver relacionamentos de confiança que possam aumentar seu nível de saúde (RAYMOND-FLESCH et al., 2014. p. 326).

Estes jovens participantes dessa investigação relataram também que, para a maioria dos problemas de saúde, menos os mais graves, eles evitavam o atendimento ou procuravam atendimento fora da medicina convencional. Destaca-se que muitos participantes procuraram informações sobre saúde *online*, na *internet* (RAYMOND-FLESCH et al., 2014. p. 326).

Corroborando, em outro estudo, também foi evidenciado a dificuldade de um imigrante desenvolver interação com os profissionais de saúde, porque, na percepção de alguns imigrantes os profissionais “parecem não se importar com quem nós somos, como jovens latinos” ou “não querem saber e não sabem como perguntar sobre as experiências que nos moldaram ou sobre o que afeta nossas vidas diárias” (LIGHTFOOT et al., 2017, p. 65).

O mesmo estudo também aponta que por preconceito contra os imigrantes latinos homens, os profissionais e políticos enxergam tais figuras sociais através de olhares suspeitos, presumem que não estão fazendo nada de bom e que merecem empregos superexplorados, em condições de vida precária ou desumana (LIGHTFOOT et al., 2017).

Alguns segmentos populacionais de imigrantes como mulheres latinas, estão acostumados a receber ajuda e apoio durante a gravidez, no parto e no período pós-natal imediato de sua família extensa em seu país de origem, onde geralmente tem sujeitos de referência que possam viabilizar o acesso à bens e serviços básicos para a sobrevivência, esses termos estão descritos no estudo de Prado (2011). Já a falta de apoio social para

imigrantes no país de destino pode levar a atrasos ou irregularidades nas consultas de saúde, afetando organicamente a saúde física e mental (HIGGINBOTTOM et al., 2016).

Para alguns segmentos populacionais, além de outras questões relacionadas aos valores culturais, os quais devem ser reconhecidos, particularmente encontram-se aqueles voltados à fé religiosa muçulmana, pois, neste cenário cultural, há a inaceitabilidade de ser cuidado (especialmente fisicamente exame físico) por profissional do sexo oposto. Essa barreira apresenta-se extremamente forte para algumas mulheres e muitas vezes as impede de buscar e utilizar os serviços de saúde. Essa diferença de gênero dentro da cultural, impede que mulheres islâmicas procurem por serviços de saúde pois não há garantia de que seus valores culturais sejam respeitados pelos serviços de saúde. Esta situação traz implicações bastante sérias relacionadas à assistência da maternidade devido ao acesso limitado aos serviços e às profissionais de saúde (HIGGINBOTTOM et al., 2016).

Em um outro estudo, as percepções de discriminação de linguagem foram avaliadas por meio de seis itens adaptados dos itens de discriminação étnica percebidos no cotidiano¹⁸, trazendo como causa de discriminação a forma como usuário escrevia ou falava, além da raça. Esses usuários dos serviços de saúde e participantes do estudo perceberam que, com certa frequência, foram tratados com menos cortesia do que outras pessoas (HALIM; YOSHIKAWA; AMODIO, 2013).

O local mais procurado para imigração nesses estudos de Halim, Yoshikawa e Amodio (2013), observou como lugar de destino permanece sendo os Estados Unidos da América, e à medida que famílias de imigrantes continuam a chegar aos Estados Unidos, assim como a outros lugares do planeta, torna-se vital estudar as ligações entre preconceito e saúde. Os resultados sugerem que, quando as mulheres imigrantes enfrentam discriminação com base na sua etnia ou na forma de falar, a saúde dos seus filhos pode estar em risco.

Os preconceitos e presunções dos profissionais de saúde nos estudos anteriores imprimem um ideograma que desempenha papéis nos eventos de saúde do paciente. Por exemplo, a dor de um paciente pós-operatório pode não ser levada a sério e ser ignorada pelo simples fato de ser imigrantes. As enfermeiras e o ortopedista podem não dar o

¹⁸ O estudo utilizou a forma abreviada de 12 itens da Escala de Avaliação de Aculturação para Mexicanos Americanos (Breve ARSMA de CUELLAR et al., 2004 falta nas referências), que é uma das medidas de aculturação mais amplamente utilizadas e pode ser adaptada para uso com outras populações latinas (CHUN et al., 2003).

mínimo de atenção às suas queixas de dor. O estudo *“Quebrando as barreiras: entendendo o acesso dos trabalhadores migrantes aos cuidados de saúde na Malásia”* apresentou um exemplo de uma situação de negligência e dificuldade no acesso, por conta do preconceito dos profissionais. Tais profissionais admitiram que em uma determinada situação de atendimento ao migrante doente *“pensavam que o paciente estava simplesmente expressando sua dor de forma mais escandalosa, e os profissionais consideraram o comportamento ser a norma em seu contexto cultural”*. No mesmo caso, o usuário continuou reclamando e, somente três dias depois da operação, o examinaram, constatando em um raio-x que um prego gama tinha sido usado de forma errada na cirurgia, sendo o usuário obrigado a voltar para a cirurgia (SUURMOND et al., 2011, p. 116).

Em suma, fica evidenciado que o fato de ser estrangeiro aumenta significativamente as chances de sofrer preconceito e discriminação no acesso à saúde. Encontra-se, em escala crescente, um número maior de participantes relatando discriminação nos cuidados de saúde. De maneira curiosa, a exposição de usuários imigrantes a instituições, tornou os participantes mais suscetíveis a sofrer discriminação no sistema de saúde, independentemente do status de imigração ser legal ou ilegal (LÓPEZ-CEVALLOS; HARVEY, 2015). Este fenômeno do preconceito, em uma análise de totalidade, pode ser interpretado como parte do que Heller (2016) chama de processo do pensamento e do comportamento cotidiano.

Cabe lembrar que vivemos em mundo globalizado onde teoricamente temos acesso a mobilidade internacional, todavia, em termos de direitos, tal matéria encontra-se escassa. Com isso, questiona-se a quem serve a liberdade, inclusive a de locomoção, o ir e vir. É como se o direito de ir e vir tivesse um preço a ser pago, sendo que no caso dos imigrantes, alguns pagam com a saúde e com a vida.

6.2 A CONDIÇÃO DE VIDA E SAÚDE DOS IMIGRANTES QUE SOFREM PRECONCEITO.

Nesta segunda categoria, foram levantadas informações de March et al. (2015) que encontraram evidências de várias desigualdades horizontais no acesso à saúde devido ao status econômico do imigrante, controlado pelas necessidades de saúde e socioeconômicas e demais características demográficas. Além disso, nossos resultados indicam que essas desigualdades se metamorfosearam ao longo de 2006 até 2017, períodos dos estudos encontrados. Além disso, considera-se que pode haver mudança de status de imigrante também conforme o seu país de origem, mesmo em situações de diversidade de grupos imigrantes. Nestes casos, seria a nacionalidade do migrante que definiria a sua condição de vida, ou o seu status.

No que diz respeito às variáveis explicativas, a nossa variável principal diz respeito à condição de imigrante. Relativamente ao conceito de população imigrante, o Inquérito Nacional de Saúde Espanhol fornece informação sobre o país de nascimento e também sobre a nacionalidade dos inquiridos (March, et al. 2015).

No geral, os participantes do estudo identificaram um grande número de barreiras ao atendimento em saúde que podem ser divididas em dois grupos principais: barreiras diretamente resultantes do status de migração, ou seja, intrínsecas à imigração; e barreiras específica em condições de baixa renda e comunidades vulneráveis, mas severamente exacerbadas por migrantes em condições irregulares (MARCH et al., 2015). Para March et al. (2015) essas barreiras intrínsecas à migração, embora sejam oriundas e condutoras de política públicas, que já produzem em sua origem diversas formas de preconceito, em alguns casos, discriminação quer positiva ou negativa, são em última análise, fruto de uma ideologia que prega o preconceito, mesmo o negando. As barreiras relacionadas à condições econômicas de vulnerabilidade, também encontram aporte em políticas públicas para o migrante, mas nesta condição, são mais fáceis de serem identificadas e produzem, quase sempre, o preconceito negativo.

Neste contexto, Fleischman et al., (2015) identificaram um grupo de problemas que ainda impactam no acesso, sobretudo nas condições de vida dos imigrantes e em sua saúde, tais como 1) falta de legislação de migração coerente ou consistente, 2) ameaça de deportação 3) incapacidade de obter autorização de trabalho, 4) discriminação e 5) distância de casa e do resultante falta de apoio social.

Ainda no estudo de Fleischman et al., (2015) os entrevistados que estavam na condição de imigrantes empregados descreveram as condições de trabalho e de vida como “muito ruins”. Embora as condições degradantes de trabalho podem piorar os problemas de saúde e fazer surgir o adoecimento, a maioria não conseguiu melhorar de emprego ou tirar para si um tempo adequado de descanso. Mais da metade dos participantes indicou que os empregadores reagiram negativamente às solicitações de folga, principalmente as relacionadas aos problemas de saúde

No contexto do estudo de Fleischman et al., (2015), existia um serviço de saúde que era referência para população imigrante. Contudo, outros autores questionam que ser referenciado em unidade de saúde, não garante acesso, e tampouco garante atendimento eficaz ou adequado (PINILLA; NEGRÍN; ABÁSULO, 2019).

Em outro estudo, que avaliou as condições de vida dos imigrantes, foi possível identificar que imigrantes latinos menos aculturados perceberam e denunciaram cuidados de saúde de qualidade inferior. Esta descoberta amplia diversas disparidades na qualidade de acesso, do atendimento e nas condições de vida entre latinos e brancos não-hispânicos. Tal estudo teve o intento de explicar por que alguns latinos experimentam piores resultados e satisfação com o tratamento dentro do sistema de saúde, portanto, cabe destacar que essa diferenciação do acesso e resultado à saúde foi dispare em relação aos grupos de imigrantes deflagrando mais uma vez um preconceito negativo sobre segmentos populacionais imigrantes por conta de sua origem ou grupo étnico (BECERRA et al., 2015).

Reconhece-se a dificuldade de entender informações de saúde dos imigrantes e fornecer histórico médico preciso, bem como percepções de preconceito em ambientes e atendimentos de saúde, podem contribuir para esse estresse, criando mais barreiras para uma condição de vida saudável e de qualidade. (BECERRA et al., 2015).

Para além, como foi hipotetizado nos estudos de Becerra et al. (2015), entre os participantes que indicaram ter recebido tratamento de saúde de baixa qualidade ou ter sofrido preconceito, os latinos menos aculturados eram mais propensos a indicar que tal preconceito era resultado de seu sotaque ou forma de falar.

Outra menção que se deve destaque em outros estudos é a roupa ou indumentária. No caso das mulheres, aquelas que não usam lenço na cabeça ou *rijab* não sofrem tanta rejeição nesses sistemas de saúde, por outro lado, aquelas que usam *rijab* ou alguma forma de lenço na cabeça, não sentem boa aceitação pelos profissionais e relatam um

tratamento mais preconceituoso manifestado por olhares de reprovação, respostas contundentes e às vezes comentários de cunho racista (CANTUS, 2019).

Os sentimentos de marginalização e as experiências de preconceito e discriminação foram frequentemente mencionados pelos usuários participantes do estudo “*Marginalização, discriminação e saúde de trabalhadores diaristas imigrantes latinos em uma comunidade central da Carolina do Norte*”. Aqui, destaca-se outra questão, a de gênero, pois os homens geralmente não eram absorvidos como parte da comunidade total e muitas vezes descreviam o mundo social dos “Americanos” como sendo diferentes e estranhos aos seus, o que lhes causava o isolamento. Por outro lado, as mulheres latinas demonstravam uma maior habilidade na inserção social e no cotidiano. Contudo, foi relatado que tanto homens quanto mulheres sofriam de igual forma atitudes de preconceitos e que esses representavam dificuldades no acesso de serviços de saúde (FLEMING et al., 2016)

Ainda sobre as condições de vida dos imigrantes ou de pessoas que suas gerações anteriores estiveram envolvidas em movimentos migratórios, num dos modelos de regressão logística ordenada, a saber, o Modelo Comportamental para Populações Vulneráveis, foi mensurado a desconfiança, esta sendo negativamente associada à satisfação com os cuidados de saúde. Todavia, após o ajuste permaneceram discriminação percebida, idade e seguro ou plano de saúde (OR = 0,54, IC 95%: 0,39, 0,76). A relação entre discriminação percebida e satisfação com os cuidados de saúde também foi bastante negativa, sendo que após o ajuste permaneceram desconfiança médica, idade e seguro saúde (OR = 0,92, IC 95%: 0,86, 0,99). É mister dizer que no estudo de López-Cevallos, Harvey e Warren (2014) idade e seguro saúde não foram associados pelos usuários à satisfação com os cuidados de saúde.

Há também estressores e condicionantes sobre a vida desses imigrantes, como já foi mencionado em linhas anteriores, mas estatisticamente falando, considera-se também Situação financeira sendo como a raiz comum (82%) para os imigrantes recém-chegados. Para além do preconceito que já está evidenciado em todos estes estudos em linhas futuras e anteriores, os outros fatores que também contribuem para o adoecimento dos recém-chegados incluem pressão do tempo de trabalho (77%), trabalho próprio (73%), educação (70%), não reconhecimento de diplomas de educação (70%); própria Saúde mental (60%); clima (56%) e própria saúde física (50%) (SETHI, 2012).

O debate internacional sobre as concepções éticas e técnicas na definição de diretrizes que balizam a montagem de sistemas de saúde, historicamente apontou

dificuldades em diversos países. Dadas essas desigualdades, hoje, considera o dever do Estado para garantir a saúde através dos artigos 197 e 199. As iniciativas de integração e articulação institucional de ações fragmentadas em saúde, assim como a gestão dos recursos orientados para tal finalidade reiteram fielmente a tradição brasileira, onde as propostas são oriundas do setor executivo, mostrando sua fragilidade provocada pelas condições adversas a sua existência e testemunho do traço de disputas sobre este setor. Desta forma, o argumento do acesso se subordina a imagem da assistência médica imediata e ambulatorial, muitas vezes incompatível com os compromissos e valores basilares do SUS, como a integralidade, por exemplo. (COHN et al., 2010)

Outro estudo aponta que aqueles que sofreram discriminação, pelo menos uma vez, durante os últimos 12 meses na sua vida cotidiana, tiveram 1,85% chances a mais de relatar problemas de saúde mental em comparação com aqueles que não sofreram nenhuma discriminação, isto é, mesmo após o controle de variáveis sociodemográficas e psicossociais (STRAITON; AAMBØ; JOHANSEN, 2019).

Outra descoberta digna de nota nos estudos de Straiton, Aambø e Johansen (2019) é que os imigrantes mais jovens incluídos em estudos eram mais propensos a perceber discriminação do que os imigrantes mais velhos. Acredita-se, que imigrantes jovens tendem a ter altos níveis de aculturação, este segmento populacional também tem maiores expectativas de igualdade de tratamento sendo mais sensíveis a detectar potenciais episódios de discriminação.

Os imigrantes latinos que participaram de outro estudo, também relataram uma saúde mental significativamente pior do que os participantes afro-americanos e brancos caucasianos. Já em termos de utilização de saúde, os imigrantes latinos não se diferenciaram significativamente de outros grupos. Os latinos que vivem em bairros que eles não acham minimamente aceitação social para sua própria população, tendendo a relatarem mais barreiras aos cuidados de saúde para este segmento populacional (JACQUEZ et al., 2016).

Não surpreendentemente, os resultados da pesquisa de Jacquez et al. (2016) corroboraram para as descobertas de pesquisas existentes nas quais os imigrantes latinos em suas vidas têm significativamente mais barreiras aos cuidados de saúde e uma saúde física e mental significativamente pior do que outros grupos étnico-raciais. Pois a menor aceitação social foi correlacionada com pior saúde mental e mais empecilhos de acesso aos serviços e cuidados de saúde.

Guimarães e Podkameni (2012) demonstraram em sua pesquisa que racismo e a negação de direitos a ele vinculados por processo de preconceitos dificultam ou são obstáculos para o exercício do espaço potencial, considera que enfrentar o paradoxo patogênico do racismo num paradoxo maturacional trata-se de um desafio para seu enfrentamento e uma afirmação de direitos

March et al. (2015) narram diversas características epidemiológicas, sociodemográficas, clínicas e de comportamento de saúde em sua amostra de hispânicos e latinos que vivem nos Estados Unidos, sendo a maioria mulheres, em desvantagem socioeconômica, considerou múltiplos indicadores que foram desfavoráveis para os imigrantes no estudo. Teve destaque o índice de massa corpórea (IMC) muitos classificados como clinicamente obesos ($IMC > 30$), os níveis de HbA1c refletiram o ineficaz controle glicêmico de parte dos participantes. Embora a maior parte da amostra tenha tomado estatinas e aspirina, a adesão à medicação em geral foi baixa. Da amostra total ($N = 221$), 116 (52,5%) preencheram os critérios para depressão maior (pontuação Euro-D > 3).

Nesse estudo, ressalta-se também que a carga epidemiológica da depressão (pontuação Euro-D > 3), esteve associada significativamente com experiências de discriminação grave, agregadas de discriminação cotidiana e a experiência de discriminação na obtenção de cuidados de saúde física. Nas experiências de discriminação, as análises indicaram que para cada experiência adicional de discriminação, as chances de depressão clínica aumentaram 46% ($OR = 1,46$, $IC_{95\%} = 1,09-1,94$, $p = 0,01$). Da mesma forma, para as experiências de discriminação cotidiana as chances de depressão clínica aumentaram em 13% ($OR = 1,13$, $IC_{95\%} = 1,02-1,26$, $p = 0,02$). Entre aqueles que sofreram discriminação para obter atendimento em serviços de saúde, a chance de depressão clínica foi 6,3 vezes maior do que aqueles que não sofreram ($OR = 6,30$, $IC_{95\%} = 1,10-36,03$. (MARCH et al., 2015).

Até aqui se obteve provas contundentes deste fenômeno (“preconceito”) contra os imigrantes no acesso à saúde, fazendo uma análise mais profunda, como tal dificulta a vida de determinados segmentos societários que principalmente se encontram em certa “desvantagem”, seja por força da cultura e dos valores, ou por força da economia-política.

Os autores Raymond-Flesch et al. (2014) identificaram também problemas de saúde física e necessidades de saúde entre os imigrantes em seus estudos. Os participantes discutiram uma variedade de questões de saúde física, incluindo mudanças em sua dieta e atividade física após a imigração. Alguns estavam cientes das interações entre sua saúde

mental e física: Relatos como “Quando fico triste, tenho vontade de comer”. E quando se tem fome “Não há dinheiro para comer algo bom”.

Todos os aspectos mencionados nesses estudos, explicitam a existência de um cotidiano precário de um determinado segmento societário, em sua maioria homens e mulheres latinos em busca de acesso e uso de serviços de saúde em território estrangeiro. Assim, pois, “a percepção predominante é de que a existência de condições de saúde adequadas depende da concomitância de um conjunto de fatores explicitados basicamente pela noção de equidade no acesso à política de saúde, vinculado a garantia (ou negligência) de condições de vida dignas ou justas.

Ainda sobre as condições de vida de imigrantes, os participantes do sexo masculino em estudos de *PhotoVoice*, exibiram a imagem de um carro da polícia para mostrar como sua herança latina tem grande impacto sobre a sua saúde. Ao longo das discussões, os participantes descreveram o fardo da vigilância, suspeita e estereotipagem no seu cotidiano, bem como os efeitos potenciais desses estressores em seu bem-estar físico e mental. (LIGHTFOOT et al., 2019)

Sobre a chegada de imigrantes, outro estudo do mesmo grupo de pesquisadores (LIGHTFOOT et al. (2017) expõe imigrantes por serem maltratados nos serviços de saúde, tem seu acesso interferido, esses participantes relataram ter se isolado por muito tempo ou ficado triste por causa de problemas de saúde.

Em outro estudo, ao contrapor o mito do “Sonho americano”, a maioria das mulheres imigrantes entrevistadas se considerava em um status social inferior ou igual nos EUA do que em seu país de origem. Entre os imigrantes talvez mais do que muitos outros grupos étnicos, os latinos possuem uma identidade racial que pode desempenhar um papel central no processo de aculturação, vida cotidiana e ser alvo de preconceito (MENDOZA; ARMBRISTER; ABRAÍDO-LANZA, 2018).

Reconhecendo que o preconceito, assim como o racismo, existe e é bastante evidente nos estudos anteriores, Podkameni e Guimaraes (1999) indicam que partindo da saúde, devem decorrer propostas de combate ao racismo de todas as formas, inclusive essa forte presença na grade curricular nos cursos de medicina, psicologia, e educação em geral, setores que lidam com a saúde com disciplinas que versem sobre as relações raciais, assim como a saúde da população negra.

Outro estudo evidencia que, conforme as condições dos migrantes, mesmos os trabalhadores, não podem pagar as contas médicas, pois muitos consideram a conta alta, além do mais a cobertura de seguro é completamente inadequada às suas necessidades.

Alguns participantes relataram que, embora os trabalhadores migrantes recebam tratamento para salvar vidas quando comparecem ao departamento de emergência, os depósitos de pagamento exigidos para admissão hospitalar costumam ser inacessíveis aos mesmos (LOGANATHAN et al., 2019).

Determinantemente em alguns países, o acesso aos cuidados de saúde está vinculado condição de imigração, quer legal ou não. Os participantes de um outro estudo ocorrido nos Estados Unidos narraram que a falta de documentos legais, como passaportes válidos e autorizações de trabalho, são barreiras para o acesso a cuidados em estabelecimentos públicos, o que se torna um desafio parte de sua vida cotidiana. Os usuários são rotineiramente solicitados a apresentar esses documentos nos balcões de registro dos estabelecimentos. A perversidade racista anti-imigrante sobre a vida desses segmentos populacionais fica ainda mais evidente quando os profissionais de saúde precisam informar a polícia ou o departamento de imigração quando encontram migrantes sem documentos (LOGANATHAN et al., 2019).

Os participantes certamente evitarão os cuidados hospitalares necessários se caso forem migrantes sem documentos e provavelmente só são levados ao hospital inconscientes ou gravemente feridos. Falaram também das consequências de não procurar tratamento adequado em saúde (LOGANATHAN et al., 2019).

O estudo de Fuller-Thomson, Noack e George (2011) descobriu que há chances elevadas de declínio da saúde entre as mulheres imigrantes em comparação com os homens imigrantes, sugerindo que as mulheres enfrentam desafios além dos que já existem durante o processo de imigração, tais como raça e o status de imigrante, mas também relacionados às responsabilidades adicionais de cuidado cotidiano feminino, especialmente entre mulheres casadas e com filhos.

Fuller-Thomson, Noack e George (2011) também relatam algo preocupante, visto que, um em cada quatro imigrantes que experimentaram algum tipo de declínio de saúde relatou ter sofrido, em algum momento, problemas de acesso aos serviços de saúde.

6.3 A NEGAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE ENQUANTO MANIFESTAÇÃO DO PRECONCEITO.

O contexto político, econômico e social na Califórnia é único, pois historicamente os cidadãos apoiaram a legislação anti-imigrante. Todavia, mais recentemente, eles aprovaram uma legislação que apoia a integração de imigrantes. Sem embargo, o Arizona,

um estado vizinho, aprovou algumas das legislações de imigrantes mais restritivas do país, pois o acesso dos imigrantes ao emprego era limitado, especialmente se eles não tivessem documentos. Os participantes compartilharam experiências em que não tiveram oportunidades de emprego em ambientes comuns, bem como exemplos de como são impedidos de se envolver em trabalhos não tradicionais (GURROLA; AYÓN, 2018).

Muitos participantes compartilharam que os imigrantes também estão sendo impedidos de ter oportunidades de trabalho. A polícia multa indivíduos que estão recolhendo material para fins de reciclagem, isso seria a verdadeira criminalização de certos tipos de trabalho, entendidos como “não essenciais”? Indivíduos que vendem produtos alimentícios também são parados e multados pela polícia. Os imigrantes não entendem por que os indivíduos não têm permissão para encontrar uma maneira de ganhar a vida trabalhando dignamente (GURROLA; AYÓN, 2018).

Ambiente legislativo, judiciário e executivo reacionário e ameaça de deportação: quase todos os entrevistados em estudos realizados nos Estados Unidos da América, expressaram forte medo e incerteza sobre seu status legal. Nas análises dos autores Fleischman et al. (2015) a falta de uma legislação de migração coerente, a ausência de transparência e direitos sociais garantidos constitucionalmente contribuiu para essas ansiedades nesses segmentos populacionais.

Participantes entrevistados relataram, ainda discriminação e preconceito, incluindo exclusão social e principalmente nos serviços de saúde com base na raça e etnia; também se destaca o desamparo como resultado de uma situação jurídica precária de criminalização de segmentos populacionais imigrantes (FLEISCHMAN et al., 2015).

Todos os entrevistados nesses estudos que procuraram e obtiveram serviços de saúde relataram infinitas dificuldade entender como o atendimento à saúde em vários países, tal como é estruturado, organizado e ofertado. Isto porque muitas unidades existentes não podem fornecer atendimento integral, os pacientes migrantes irregulares com necessidades de saúde significativas são frequentemente referenciados em outras instalações menos acessíveis (FLEISCHMAN et al., 2015).

Assim, tipo específico de experiência mais frequentemente percebida como discriminatória pelas mulheres no estudo foi que os provedores não as ouviram por causa de sua etnia. Quarenta e dois por cento da amostra relatou ter sofrido discriminação por causa de sua etnia ao procurar atendimento médico. Os resultados da análise bivariada na Tabela 1 mostraram que as mulheres que concluíram pelo menos algum curso superior

ou superior relataram sofrer mais discriminação do que as mulheres que concluíram o ensino médio ou menos (51%; $p = 0,01$) (SHEPPARD et al., 2014).

Em um estudo de acompanhamento de Sheppard et al. (2014), os pesquisadores descobriram que 70% dos latinos que haviam experimentado preconceito e discriminação em um ambiente de saúde relataram que, subsequentemente, não buscavam mais os serviços quando necessitaram de cuidados de saúde, em contraste com 48% dos latinos sem experiências discriminatórias anteriores. Portanto, a discriminação percebida além de ser uma barreira para que os imigrantes latinos experimentem o melhor atendimento, reflete uma condição de negação de um direito humano essencial. O treinamento de competência cultural pode ajudar os provedores a reconhecerem se tornarem mais informados e sensíveis sobre as normas e preferências culturais e, assim, aumentar a satisfação do paciente com o atendimento.

Muitas vezes nos serviços de saúde Em vez de se sentirem ouvidos e aceitos ou compreendidos, os imigrantes deste estudo sentiram em grande parte que não lhes era dada importância sobre as suas queixas de saúde quando procuraram atendimento de médico. Esse fenômeno estava relacionado diretamente à sua condição de pessoas sem documentação. Então eles se sentiam como sendo descartáveis, suas preocupações eram desconsideradas ou minimizadas e seu ser tornado invisível por seu status social de indocumentado (CHANDLER et al., 2012).

Durante os dias que os imigrantes precisavam ir às unidades de saúde, as pessoas responsáveis abriam as portas do local alguns minutos após as 17h, e começam a distribuir fichas de admissão, contudo, os pacientes suportam a exposição ao frio intenso, vento e chuva por horas para receber um atendimento. Todavia, assim que as fichas fossem retiradas, aqueles que chegaram atrasados e tiveram a infelicidade de não as receber, são rejeitados e aconselhados a retornar na semana seguinte, independentemente da urgência de sua necessidade (CHANDLER et al., 2012).

A falta de sensibilidade nos atendimentos, ausência de reconhecimento e a invisibilidade afeta principalmente o gênero feminino, houve casos de violência contra mulher negligenciados de maneira criminosa por profissionais, onde uma imigrante buscou atendimento médico após ser agredida pelo marido, e ao chegar na unidade de pronto socorro com olho roxo a profissional de saúde a indagou: "Você tem filhos nascidos aqui nos Estados Unidos?" A usuária falou a verdade, que não tinha filhos nascidos lá, a profissional respondeu a ela: "Bem, terminamos por aqui" (CHANDLER et al., 2012).

Os imigrantes entrevistados consideraram tudo uma “injustiça”, pois, uma vez que a prestação de cuidados de saúde dos mesmos sem documentos envolve necessariamente questões de reconhecimento, a negação do reconhecimento constitui um ato de opressão e violação de um direito humano básico. No campo social, político e econômico, o reconhecimento de imigrantes sem documentos pode ser realizado incluindo-os nas conversas, nos orçamentos participativos, no controle democrático sobre políticas que envolvem a saúde (CHANDLER et al., 2012).

A desconfiança dos médicos foi comumente relatada, assim como o medo. Os participantes desse estudo expressaram fortes preocupações sobre os médicos fossem motivados apenas por dinheiro e não tinham compreensão ética ou o mínimo de sensibilidade sobre seu status de imigrante. Um participante compartilhou que os médicos desconfiam muito sobre o status e isso implica, necessariamente, nas alternativas que eles oferecem. Não tratam o imigrante bem, porque não considera o mesmo “digno” para eles, médicos (RAYMOND-FLESCH et al., 2014).

Esses resultados sugerem que a experiência pessoal (local de nascimento estrangeiro), trabalho, ocupação e localização onde mora, influenciam negativamente as atitudes em relação aos seus direitos e interpretação legal dessas obrigações. No entanto, valores morais que compreende saúde como um direito humano e o desenvolvimento infantil como uma prioridade não moldam necessariamente as atitudes em relação ao acesso a serviços de saúde para mulheres e crianças sem documentos, é preciso construir um novo caminho, rumo a uma nova sociedade com um horizonte ético-político alternativo menos opressivo e hostil a respeito da vida humana. (RUIZ-CASARES et al., 2012)

Todos os estudos desta revisão sugerem, portanto, que existe um hiato entre os valores descrito no código de ética dos profissionais de saúde e as suas práticas a respeito da garantia dos direitos humanos. É imprescindível investigar determinadas atitudes sobre os cuidados de saúde ofertados para segmentos populacionais migrantes com ou sem documentos, mensurando como pode entrar em conflito com seus valores institucionais a respeito da política social de saúde e o projeto ético profissional que exige fornecer o melhor cuidado possível para todos os seres humanos (RUIZ-CASARES et al., 2012).

Outro fato a ser evidenciado aqui é que nativos foram menos propensos do que os estrangeiros a citar a recusa por instituições ou profissionais de saúde, racismo institucional ou preconceito como barreiras importantes para o atendimento a essa população (RUIZ-CASARES et al., 2012).

O artigo “Encontros de migrantes soropositivos para o HIV com o sistema de saúde sueco” descreve a discriminação nos encontros com os profissionais de saúde descrita como “indireta” e “sutil” sobre as condições de vida daqueles usuários, expressa por meio da linguagem corporal, olhares e reações logo após serem informados sobre a soropositividade dos participantes. Mehdiyar et al. (2016) apesar do acesso a cuidados de saúde e terapia antiviral gratuitos, os migrantes seropositivos na Suécia experimentam muitas limitações na prestação de cuidados de saúde de maneira geral.

Ao nos remeter novamente essas barreiras que são impostas pelas condições estruturais de nossa sociedade, em relação ao comportamento organizacional nas unidades de saúde, identifica-se que, embora os serviços de saúde devam ser fornecidos universalmente, isto é, a depender do modelo de proteção social acordado em cada sociedade (ou Estado-nação), diversos imigrantes vivenciam injustiças devido a várias barreiras pessoais e organizacionais. Em algumas situações, podem não atender às necessidades específicas de diversas populações, podendo ser considerados “disponíveis”, mas inacessíveis para diversos imigrantes de culturas específicas (HIGGINBOTTOM et al., 2016).

Não obstante, em alguns locais, certos hospitais públicos possuem balcões de polícia e de imigração localizados em suas instalações. Portanto, os migrantes sem documentos ao procurarem um atendimento de saúde poderia ser detido e levados para centros de detenção de imigração após receberem apenas o tratamento de emergência. Os participantes desse estudo denunciaram que a estreita cooperação entre o ministério da saúde e o departamento de imigração essencialmente nega o acesso à saúde de trabalhadores sem documentos em hospitais públicos (LOGANATHAN et al., 2019).

A necessidade de apresentar documentos legais nas unidades de saúde reforça ainda mais o medo de deportação, tornando-se um grande impedimento para a utilização de serviços de saúde pelos imigrantes. Descobrimos que os trabalhadores migrantes se sentem discriminados, especialmente quando solicitados a apresentar documentos de registro em unidades de saúde (LOGANATHAN et al., 2019).

O cancelamento das operações porque a paciente não tinha pago o seguro saúde, identificado nos estudos de Suurmond et al. (2011), é denunciado como negação de direitos dos pacientes migrantes, porque os pacientes não segurados, mesmo em certos países como na Holanda, também têm esses direitos que asseguram a receber cuidados de saúde adequados, conforme determinado pelo provedor de saúde (o plano ou seguro saúde). Ou seja, mesmo em situações nas quais a legislação prevê a assistência aos não

pagantes do seguro de saúde, certos profissionais e certos serviços se recusam a atender pelo fato de serem migrantes, não pelo fato de não serem pagantes.

Reconhece-se que os sistemas de saúde locais estão procurando construir intervenções sobre essas expressões, contudo faltavam diversas informações básicas sobre as barreiras aos cuidados de saúde, uso de cuidados de saúde, percepções do sistema de saúde e também as necessidades de saúde entre os imigrantes que usam esses serviços (JACQUEZ et al., 2016).

As políticas sociais e de saúde devem abordar as lacunas de serviço de longa data nas comunidades mais marginalizadas e precarizadas, especialmente nas áreas rurais onde as disparidades são maiores. No setor de saúde, os padrões de competência cultural devem ser parte integrante do treinamento e da prática profissional, com atenção às necessidades e expectativas de saúde específicas dos migrantes, seja qual for sua origem, identidade de gênero, orientação sexual, raça e etnia (KEYS et al., 2014).

Os resultados deste estudo ilustram como as políticas anti-imigrantes violam direitos humanos e apoiam as injustiças de renda para os imigrantes (GURROLA; AYÓN, 2018). Tanto a nível nacional como internacional, as desigualdades na saúde enfrentadas pelos migrantes exigem uma abordagem sobretudo política e integrada envolvendo parceria, cooperação internacional e abordagem dos estrutural e sistemática das expressões da “questão social” ou manifestações de preconceito, contudo, é vital para qualquer proposta política significativa na saúde (FLEISCHMAN et al., 2015)

6.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O DISCURSO DA LITERATURA CIENTÍFICA

Após discutir os estudos científicos levantados nesta RI, que optou por analisar as evidências científicas sobre o preconceito sofrido por imigrantes no acesso aos serviços de saúde, houve a descoberta que tal problema deve ser exposto de forma filosófica, para além, ontológica. Ou seja, para a compreensão dos resultados dessa pesquisa é preciso nos remeter aos estudos marxistas, principalmente o filósofo Gyorgy Lukacs, a sua obra clássica introdutória “*Para uma ontologia do ser social I*”.

É imprescindível mencionar que o pensamento de Lukacs, centra-se em núcleos temáticos essenciais tendo como seu eixo gravitacional problemas éticos (e estético), o estudo da ontologia foi realizada por uma profunda reelaboração categorial, dirigindo sua crítica aos setores que paralisou o pensamento marxista (a saber o existencialismo e o neopositivismo). O autor então realizou suas obras ontológicas, consideradas por ele “introdutórias”, conferindo-lhe um cuidado histórico-sistemático.

Na especificidade do ser social, deve-se estabelecer a determinação histórico-material, do modo de ser e de reproduzir do ser social. Em outras palavras, sem uma teoria do ser (que é uma ontologia, neste caso) qualquer ética seria insustentável. Reconhece-se, portando a contribuição de Lukacs para a interpretação destes resultados, certamente com base em sua obra, pode se afirmar que tal revisão identificou um horizonte teórico-filosófico para o desenvolvimento das práticas em saúde para os imigrantes, contudo, não haverá compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprofundamento da democracia, entendida como o acesso de usuários aos serviços de saúde, se os estudos que investigam o preconceito forem ignorados.

Objetivamente, não podemos basear nossas concepções ontológicas em imagens de mundo presas em um lapso de tempo, cientificamente falsas ou religiosas, neste ponto, devemos explicar que o objeto que esta RI (Revisão Integrativa) se propôs analisar tem um profundo caráter histórico-social, contudo, sistemático. Tendo seus efeitos sobre a ontologia contemporânea e organicamente determinando-a (LUKACS, 2018, p. 29).

A investigação do pensamento cotidiano é uma das áreas menos pesquisadas até o presente. Há muitos trabalhos sobre a história das ciências, da filosofia, da religião e da teologia, mas são extremamente raros os que se aprofundam em suas relações recíprocas. (LUKACS, 2018, p. 30)

É importante reflexionar acerca do preconceito no acesso a saúde ao passo que se entende este objeto como produto cultural do cotidiano, e que assim como as barreiras socioeconômicas, esse juízo de valor afeta a garantia do acesso à saúde. As formas distintas de cuidado percebida por alguns usuários permitem identificar formas reprováveis de demonstração de preconceito, no entanto, os limites de tais construções do senso comum são imprecisos, demonstrando sempre uma maneira de generalização (HELLER, 2016) podendo ser desconstruídos, reconstruídos, influenciados pelo pensamento crítico-reflexivo (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

Assim, nos atemos sobre a tradição teórica a qual os homens fazem a sua própria história em condições previamente dadas, isso contem as raízes fundamentais do entendimento marxista da história (HELLER, 2016). As circunstâncias determinadas aos quais os homens formulam finalidade são as relações e as situações humanas e sociais, mediado por coisas. Nunca se deve entender circunstância como totalidade de objetos mortos, parados, mas a circunstância como a unidade de forças produtivas, estrutura social e formas de pensamento. Enfim, um complexo que contém inúmeras intenções teleológicas.

Para Lukacs (2018), causalidade (necessidade) e finalidade (liberdade) são, portanto, fatores ontológicos-sociais que estão necessariamente imbricados. Na natureza, a legalidade ou norma é ontológica, ou seja, “essência” e “aparência” podem ser consideradas como categorias epistemológicas. A situação atual do problema aqui apresentado, é o de saber se a história objetiva um fim, considerando a história como substância social, pois não dispõe de qualquer outro elemento além do homem, pois os homens portam a objetividade social.¹⁹ Aos homens é incumbido a tarefa de transmissão das estruturas sociais, das relações políticas e sociais adquiridas anteriormente (HELLER, 2016).

Essa substância histórica é estruturada e amplamente heterogênea. Se encontra na esfera produtiva, inclusive dos ideais, nas relações de propriedade, em toda estrutura política, no tempo, na vida cotidiana, na moral, na ciência, nas artes e no comportamento. “O tempo é a irreversibilidade dos acontecimentos, o tempo histórico é a irreversibilidade dos acontecimentos sociais” (HELLER, 2016, p. 13).

Não há nada de mais concreto que o cotidiano, assim, pois, o decurso da história é o processo de construção dos valores oriundos no cotidiano, ou da degeneração. Desse

¹⁹ Objetividade é aquilo que consideramos externo à nossa forma consciente de ser.

modo, se alteram as funções das estruturas, teorias e valores determinados. Valor, portanto, é uma categoria ontológico-social. Como tal, é algo objetivo, embora essa objetividade não seja natural, é independente das avaliações dos indivíduos, todavia resultante da atividade material dos homens, pois é expressão das relações sociais (HELLER, 2016).

A produção desses valores históricos é, portanto, heterogênea e desigual. A história é a história de colisão de valores de esferas heterogêneas multifacetárias. A história, é mais uma vez, substância da sociedade, entendendo a sociedade como um complexo cheio de determinações (HELLER, 2016).

Enfim, não podemos conhecer a meta da história, tampouco sua necessidade, todavia podemos analisar a possibilidade de um subsequente desenvolvimento dos valores e apoiar tal possibilidade de desenvolvimento, é emprestar um sentido à história. Temos, portanto, o entendimento objetivo que o cotidiano faz parte da história, para além, a história é a própria história do cotidiano (HELLER, 2016). “*A vida cotidiana é a vida de todo homem*” (HELLER, 2016, p. 31) (grifo do pesquisador).

Até um passado recente, poucos pensadores se debruçavam a estudar a vida cotidiana. Para Heller, os escritos de Marx colaboram para a busca pelo conhecimento cotidiano é revelada como uma preocupação de ordem filosófica. “Os filósofos se limitaram a interpretar o mundo, cabe transformá-lo”, no entanto, para transformar, é preciso assumir compromissos éticos e políticos (HELLER, 2016).

A vida cotidiana é a vida de todos os dias e de todos os homens. A vida cotidiana é também vista como lugar do acaso, o inesperado, o dia qualquer. A vida cotidiana, faz algum tempo, é sobretudo o centro de atenção do Estado contemporâneo, direta e indiretamente. Ele gere com suas leis, com proibições ou intervenções múltiplas (CARVALHO; NETTO, 2012).

A vida cotidiana é insuprimível. Não há sociedade sem o cotidiano, não há homem sem vida cotidiana, inclusive enquanto espaço de constituição produção e reprodução do ser social, a vida cotidiana é ineliminável. Ou seja, a vida Cotidiana em sua insuprimibilidade ontológica não se mantém como uma relação separada da história, não se separa do histórico. A *heterogeneidade*, a *imediatez* e a *superficialidade* são determinações fundamentais da vida cotidiana (CARVALHO; NETTO, 2012).

Os constrangimentos rotineiros da vida cotidiana, dentre eles o qual esse trabalho se debruçou: “o preconceito”, exige que os indivíduos respondam a eles sem por em causa a sua objetividade material. Essa mesma dinâmica exige dos indivíduos respostas

funcionais as situações que não demandam o seu conhecimento interno, para além das aparências. O que leva em conta não é a reprodução ou descoberta veraz de um processo que leva a um desfecho pretendido, mas o próprio desfecho em si; no plano do cotidiano, o critério utilizado sobre a *utilidade* confunde-se bem com o da *verdade* (CARVALHO; NETTO, 2012).

“De acordo com Lukács, há três formas de privilegiadas de objetivação nas quais os procedimentos homogeneizadores superam a cotidianidade: o trabalho criador, a arte e a ciência” (CARVALHO; NETTO, 2012, p. 70).

“O preconceito é categoria do pensamento e comportamento cotidiano” (HELLER, 2016). E os preconceitos desempenharam funções históricas importantes e encontram-se em esferas, pela sua universalidade, estando acima da cotidianidade. Quando Heller trata do “pensamento”, é importante destacar que ela não se refere à teoria (HELLER, 2016).

De forma análoga ao preconceito, é o pensamento cotidiano, pois é fixado em sua experiência empírica ao mesmo tempo generalizante (HELLER, 2016).

Agnes Heller, em sua melhor fase, explica as maneiras que podemos chegar a generalização. Sendo elas duas: a) por um lado assumimos estereótipos, analogias e esquemas já elaborados. b) por outro lado, tais esquemas nos são “impostos” como valores, no meio que crescemos, e pode-se passar muito tempo até que percebamos tais esquemas por via de uma atitude crítica. A generalização nem sempre tem como raiz a tradição, mas pode ter também sua vertente na experiência pessoal e isolada (HELLER, 2016).

O grau das generalizações é seccionado e desigual, sendo a rigidez das formas de pensamento e comportamento relativas, podendo transformar-se com o tempo. Toda generalização é um tipo de juízo provisório ou regra provisória de comportamento. Assim, podemos inferir que a maioria dos juízos provisórios não são preconceitos (HELLER, 2016)

Mais uma vez, o que se provou até agora é que o preconceito, como elemento constitutivo do cotidiano, transforma-se em barreira de acesso para determinados segmentos populacionais de imigrantes.

O que nas ciências é apenas opinião fundamentada, pode considerar corretamente como saber na vida cotidiana, já que é o critério da ação e essa ação comprova o conteúdo “correto” desse juízo. Embora o caráter provisório desses juízos não diminua

absolutamente a verdade de nossas afirmações, pensamentos e comportamentos, esses elementos podem se alterar com o tempo, na atividade social e individual: O seu caráter de juízo provisório conserva-se na própria alteração (HELLER, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

À medida que a imigração cresce mundialmente e, principalmente em regiões de fronteira, é importante que os profissionais de saúde continuem a pesquisar questões que afetam o atendimento, o diagnóstico e o tratamento do usuário da política de saúde. Deste modo que tal estudo se apresentou, a saber de caráter introdutório, é possível afirmar que:

Ao abordar tal lacuna na literatura, buscando informações dos últimos 10 anos sobre a ocorrência de preconceito, bem como as percepções de segmentos populacionais (os imigrantes), em sua maioria latinos, acerca da qualidade do tratamento de saúde, discriminação e a possibilidade de entender informações de saúde. Assim, este estudo contribui com os grandes esforços para o aprimoramento da saúde como direito, denunciando e buscando enfrentar as desigualdades em saúde, principalmente para acesso dos grupos já vulneráveis.

Apesar do caráter contraditório citado entre a ontologia do ser social, entre as abordagens dos estudos como o existencialismo e o neopositivismo, o segundo, passou a ser o lustrro metodológico sob o qual este trabalho foi construído e desenvolvido. Então, é possível afirma que este estudo em tela foi capaz de dar continuidade às pesquisas na área da saúde desenvolvidas por grupos de estudos que outrora se debruçaram a investigar a saúde e acesso à saúde por imigrantes em zonas de fronteira, denunciando o preconceito e a discriminação.

Este trabalho também foi capaz de sintetizar o conhecimento obtido através da pesquisa de artigos e livros, buscando-se realizar uma análise crítica e, sobretudo, foi capaz de projetar novas perguntas e curiosidades sobre fenômenos sociais relacionados ao preconceito no âmbito da saúde, situação que ocorre no interior das práticas e das políticas públicas de saúde.

Enfim, embora, o desenvolvimento deste trabalho tenha respondido a sua pergunta inicial, ele também aponta para outras lacunas e possibilidades de estudos que aprofundem e desnudem o conhecimento relacionado à saúde, aos migrantes e à fronteira.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **Migrações, refúgio e apatridia**. Brasília (DF): Instituto Migrações e Direitos Humanos – IMDH, v. 1, 2019.

AKHAVAN, Sharareh; KARLSEN, Saffron. Practitioner and client explanations for disparities in health care use between migrant and non-migrant groups in Sweden: a qualitative study. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 15, n. 1, p. 188-197, 2013.

ARRUDA-BARBOSA, Loeste de; SALES, Alberone Ferreira Gondim; SOUZA, Iara Leão Luna de. **Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima**: análise qualitativa. *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 1-11, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020190730>.

BECERRA, David et al. Linguistic acculturation and perceptions of quality, access, and discrimination in health care among Latinos in the United States. **Social work in health care**, v. 54, n. 2, p. 134-157, 2015.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 1988

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Relator: Carlos Roberto Amorelli de Freitas. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2014.

CHANDLER, Juliet T. et al. “No me ponian mucha importancia”: care-seeking experiences of undocumented Mexican immigrant women with chronic illness. **Advances in Nursing Science**, v. 35, n. 2, p. E24-E36, 2012.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 164 p.

DIAS, Sónia; RODRIGUES, Rita; SILVA, António; CARGALEIRO, Helena. Procura de Cuidados e Acesso aos Serviços de Saúde em Comunidades Imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. **Investigação Original**, Lisboa, p. 253-259, dez. 2010.

DOVIDIO, John F. et al. Prejudice, stereotyping and discrimination: Theoretical and empirical overview. **Prejudice, stereotyping and discrimination**, p. 3-28, 2010.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Integrative review versus systematic review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>.

FLEMING, Paul J. et al. Marginalisation, discrimination and the health of L atino immigrant day labourers in a central North Carolina community. **Health & social care in the community**, v. 25, n. 2, p. 527-537, 2017.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era “pós-socialista”. **Cadernos de Campo (São Paulo-1991)**, v. 15, n. 14-15, p. 231-239, 2006.

FLEISCHMAN, Yonina et al. Migration as a social determinant of health for irregular migrants: Israel as case study. **Social Science & Medicine**, v. 147, p. 89-97, 2015.

FULLER-THOMSON, Esme; NOACK, Andrea M.; GEORGE, Usha. Health decline among recent immigrants to Canada: findings from a nationally-representative longitudinal survey. **Canadian Journal of Public Health**, v. 102, n. 4, p. 273-280, 2011.

GARCIA, Aline Korki Arrabal; FONSECA, Lígia Fahl; ARONI, Patricia; GALVÃO, Cristina Maria. Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 69, n. 6, p. 1215-1222, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317>.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okido; ROSSI, Lídia Aparecida. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l], p. 690-695, set. 2002.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 549-556, jun. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692004000300014>.

GOMES, Fábio Guedes. **Globalização, integração regional e MERCOSUL**: - um estudo sobre algumas transformações no capitalismo mundial e a nova inserção do Brasil na economia internacional. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande, 1999.

GONÇALVES, Aldina; DIAS, Sónia; LUCK, Margareth; FERNANDES, Maria Jesus; CABRAL, Jorge. Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, p. 55-64, jan. 2003.

GRANADA, Daniel; CARRENO, Ioná; RAMOS, Natália; RAMOS, Maria da Conceição Pereira. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 21, n. 61, p. 285-296, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>.

GUERRA, Katia; VENTURA, Miriam. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 123-129, 30 mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010185>.

GUIMARÃES, Marco Antonio Chagas; PODKAMENI, Angela Baraf. Racismo: um mal-estar psíquico. **Saúde da população negra**, v. 2, 2012.

GUIRGIS, M. et al. Barriers faced by migrants in accessing healthcare for viral hepatitis infection. **Internal medicine journal**, v. 42, n. 5, p. 491-496, 2012.

GURROLA, Maria A.; AYÓN, Cecilia. Immigration policies and social determinants of health: Is immigrants' health at risk?. **Race and Social Problems**, v. 10, n. 3, p. 209-220, 2018.

G1 PR. **Estrangeiros que têm Cartão SUS em Foz do Iguaçu são fiscalizados**. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2015/08/estrangeiros-que-tem-cartao-sus-em-foz-do-iguacu-sao-fiscalizados.html>. Acesso em: 23 jun. 2021.

HALIM, May Ling; YOSHIKAWA, Hirokazu; AMODIO, David M. Cross-generational effects of discrimination among immigrant mothers: perceived discrimination predicts child's healthcare visits for illness. **Health Psychology**, v. 32, n. 2, p. 203, 2013.

HELLER, Agnes. O Cotidiano e a História. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016. 158 p. (Interpretações da História do Homem).

HIGGINBOTTOM, Gina M. et al. An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 16, n. 1, p. 1-15, 2016.

JACQUEZ, Farrah et al. Health care use and barriers to care among Latino immigrants in a new migration area. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 27, n. 4, p. 1761-1778, 2016.

KEYS, Hunter M. et al. Perceived discrimination, humiliation, and mental health: a mixed-methods study among Haitian migrants in the Dominican Republic. **Ethnicity & health**, v. 20, n. 3, p. 219-240, 2015.

KLAUCK, Samuel; SZEKUT, Andressa. Diversidade populacional: discursos de fixação do patrimônio cultural de Foz do Iguaçu. **Revista Ideação**, Foz do Iguaçu, p. 157-177, 2012.

LAMKADDEM, Majda et al. Perceived discrimination outside health care settings and health care utilization of Turkish and Moroccan GP patients in the Netherlands. **The European Journal of Public Health**, v. 22, n. 4, p. 473-478, 2012.

LAVOR, Adriano de. Do outro lado da linha. **Radis: Destino: Dignidade**, Rio de Janeiro, p. 18-24, set. 2017.

LAMPERT, Ernani. Educação e Mercosul: desafios e perspectivas. **Revista da Faculdade de Educação**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 9-28, jul. 1998. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-25551998000200002>.

LIGHTFOOT, Alexandra F. et al. "What I wish my doctor knew about my life": Using photovoice with immigrant Latino adolescents to explore barriers to healthcare. **Qualitative Social Work**, v. 18, n. 1, p. 60-80, 2019.

LOGANATHAN, Tharani et al. Breaking down the barriers: Understanding migrant workers' access to healthcare in Malaysia. **PloS one**, v. 14, n. 7, p. e0218669, 2019.

LÓPEZ-CEVALLOS, Daniel F.; HARVEY, S. Marie; WARREN, Jocelyn T. Medical mistrust, perceived discrimination, and satisfaction with health care among young-adult rural Latinos. **The Journal of Rural Health**, v. 30, n. 4, p. 344-351, 2014.

LÓPEZ-CEVALLOS, Daniel F.; HARVEY, S. Marie. Foreign-born Latinos living in rural areas are more likely to experience health care discrimination: results from Proyecto de Salud para Latinos. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 18, n. 4, p. 928-934, 2016.

MARCH, Dana et al. Discrimination and depression among urban hispanics with poorly controlled diabetes. **Ethnicity & disease**, v. 25, n. 2, p. 130, 2015.

MASSIGNAM, Fernando Mendes; BASTOS, João Luiz Dornelles; NEDEL, Fúlvio Borges. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 544-541, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000300020>.

MASUZAKI, Teresa Itsumi; CARVALHAL, Marcelo Dornelis. **O movimento pendular dos brasileiros para o comércio em Salto del Guairá/Paraguai**: as dificuldades no cotidiano do trabalho e as atividades informais e clandestinas. In:

MASSEY, Douglas. **Theories of international migration**. Population and Development Review, v. 19, n. 3, p. 431-466, 1993

MEHDIYAR, Manijeh et al. HIV-positive migrants' encounters with the Swedish health care system. **Global health action**, v. 9, n. 1, p. 31753, 2016.

MELO, Angelita C.. Prezado revisor: revisão duplo cega, cega ou aberta?. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 0451, 10 mar. 2020. Revista Brasileira de Farmacia Hospitalar e Servicos de Saude. <http://dx.doi.org/10.30968/rbfhss.2019.101.0451>.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

MENDOZA, Sonia; ARMBRISTER, Adria N.; ABRAÍDO-LANZA, Ana F. Are you better off? Perceptions of social mobility and satisfaction with care among Latina immigrants in the US. **Social science & medicine**, v. 219, p. 54-60, 2018.

MERCOSUL, Instituto Social do. "Cidadania Social no Mercosul – Acesso a serviços sociais em regiões de fronteira. Assuncao, 2018. 200 p.

MERCOSUL, Instituto Social do. "Trabajadores migrantes en el Mercosur – Estado de situación y opciones políticas. Assuncao, 2019. 152 p.

MIRANDA, Sheila Ferreira. O “cotidiano” e a “crítica”: uma análise do preconceito sob dois posicionamentos teóricos. **Psicologia Revista**, Sao Paulo, p. 45-58, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/13582/10089>. Acesso em: 14 jun. 2021.

OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de. Referenciais teóricos da migração internacional e a questão da mobilidade espacial dos cortadores de cana. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 453-469, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-30982014000200011>.

OLTRA MAHIQUES, Antonio et al. Percepción de la población inmigrante sobre el sistema nacional de salud español. **Cultura de los cuidados**, [S.l.], n. 55, p. 35-44. 2019. Disponível em: <<https://culturacuidados.ua.es/article/view/2019-n55-percepcion-de-la-poblacion-inmigrante-sobre-el-sistema-nacional-de-salud-espanol>>. Acesso em: 10 jan. 2022 doi:<https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.04>.

ONU NEWS. **Acolhimento de refugiados no Brasil**: porta-voz da agência de refugiados da onu no brasil explica como o país tem lidado com a crise de refugiados e migrantes da venezuela; especialista diz que os brasileiros têm mostrado uma “receptividade muito grande”.. Porta-voz da Agência de Refugiados da ONU no Brasil explica como o país tem lidado com a crise de refugiados e migrantes da Venezuela; especialista diz que os brasileiros têm mostrado uma “receptividade muito grande”.. 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/interview/2019/01/1654842>. Acesso em: 10 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Número de migrantes internacionais no mundo chega a 272 milhões**. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/11/1696031>. Acesso em: 19 jun. 2021.

OUZZANI, Mourad et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2016.

PENNER L. A. et al. III W. Health and health care disparities. In: Dovidio JF, Hewstone M, Glick P, Esses VM, editors. The SAGE. **Handbook of prejudice, stereotyping and discrimination**. London: SAGE; 2010. p. 472-90

PINILLA, Jaime; NEGRÍN, Miguel A.; ABÁSULO, Ignacio. Trends in horizontal inequity in access to public health care services by immigrant condition in Spain (2006–2017). **International journal for equity in health**, v. 18, n. 1, p. 1-16, 2019.

RAYMOND-FLESCH, Marissa et al. There is no help out there and if there is, it's really hard to find”: A qualitative study of the health concerns and health care access of Latino “DREAMers. **Journal of Adolescent Health**, v. 55, n. 3, p. 323-328, 2014.

RICHARDS, Jessica et al. Maternal and infant health of Eastern Europeans in Bradford, UK: a qualitative study. **Community Pract**, v. 87, n. 9, p. 33-6, 2014.

ROSSWURM, M. A. Larrabee, J. H. A model for change to evidence-based practice. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship** 1999; v. 31, n. 4, p. 317-22.

RUIZ-CASARES, Monica et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. **Maternal and child health journal**, v. 17, n. 2, p. 292-298, 2013.

SEYFERTH, G. A dimensão cultural da imigração. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 26, n.77, p. 47-62, 2011.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000. 176 p.

SANTOS, Fabiane Vinente dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 477-494, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702016000200008>.

SETHI, Bharati. Newcomers health in Brantford and the counties of Brant, Haldimand and Norfolk: Perspectives of newcomers and service providers. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 15, n. 5, p. 925-931, 2013.

SHEPPARD, Vanessa B. et al. An examination of factors associated with healthcare discrimination in Latina immigrants: the role of healthcare relationships and language. **Journal of the National Medical Association**, v. 106, p. 15-22, 2014.

SILVA, Maria Geusina da. PROTEÇÃO SOCIAL AO MIGRANTE FRONTEIRIÇO E TRANSFRONTEIRIÇOS: DILEMAS E DESAFIOS. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 1, n. 25, p. 69-85, 26 jul. 2019.

SILVA, Maria Geusina da et al. **Relatório Final das atividades executadas da pesquisa atenção a saúde dos discentes estrangeiros nas Universidade com vocação Internacional**: demandas, políticas e práticas e perspectivas para fruição e acesso do direito à saúde dos ingressantes não nacionais na Unila e Unilab. Foz do Iguaçu: Universidade Federal da Integração Latino Americana, 2018. Disponível em: <http://dspace.unila.edu.br/123456789/5116>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SOARES, Rosane. **O acesso à política de saúde pelos discentes estrangeiros da Unila em Foz do Iguaçu**: um estudo no território do bairro Itaipu c. 2019. 62 f. Monografia - Curso de Bacharel em Serviço Social, Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? how to do it?. **Einstein (São Paulo)**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

SOUSA, Leonardo Lucas da Silva de. **O preconceito sofrido pelos “Unileiros” – no acesso à Saúde**. 50 f. Monografia - Curso de Bacharel em Serviço Social, Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

STEVANIM, Luiz Felipe. A maior torcida do Brasil. **Radis**: Tamanho Universal, Rio de Janeiro, p. 12-21, dez. 2020. Mensal.

STRAITON, Melanie Lindsay; AAMBØ, Arild Kjell; JOHANSEN, Rune. Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors. **BMC public health**, v. 19, n. 1, p. 1-13, 2019.

SUURMOND, Jeanine et al. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. **BMC health services research**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2011.

SWAIN, Tania Navarro. Fronteiras do Paraná: da colonização à migração. In: AUBERTIN, Catherine (org.). **Fronteiras**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988. p. 19-37.

TULLI, Mia et al. Immigrant mothers' perspectives of barriers and facilitators in accessing mental health care for their children. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 31, n. 6, p. 598-605, 2020.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes**: WHO's framework for action.. Switzerland: Who Document Production Services, 2007.