

FLAVIANY APARECIDA PICCOLI FONTOURA

**MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS E O ACESSO ÀS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O OLHAR
DAS ONGs**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE/MS
2018**

FLAVIANY APARECIDA PICCOLI FONTOURA

**MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS E O ACESSO ÀS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O OLHAR
DAS ONGs**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito final para obtenção do título de Doutora em Psicologia, área de concentração Psicologia da Saúde, linha de pesquisa Políticas Públicas, Cultura e Produções Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE/MS
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

F684m Fontoura, Flaviani Aparecida Piccoli

Migrações internacionais e o acesso às políticas públicas de saúde no Brasil: o olhar das ONGs / Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura ; orientadora Luciane Pinho de Almeida .-- 2018.

188 f.

Tese (doutorado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2018.

1. Migração internacional 2. Políticas públicas de saúde
3. Organizações não governamentais I. Almeida, Luciane Pinho de II. Título

CDD – 304.8

A tese apresentada por **FLAVIANY APARECIDA PICCOLI FONTOURA**, intitulada “**MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS E O ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O OLHAR DAS ONGs**”, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi..... *R. M. F. P. de Almeida*

BANCA EXAMINADORA

L. P. de Almeida
Profa. Dra Luciane Pinho de Almeida - UCDB (orientador)

M. I. Costa
Profa. Dra. Maria Ignaz Costa Moreira – PUC-MG

Sandra de Faria
Profa. Dra. Sandra de Faria – PUC-GO

Anita Guazzelli Bernardes
Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes - UCDB

Márcio Luís Costa
Prof. Dr. Márcio Luís Costa - UCDB

Campo Grande-MS, 26 de fevereiro de 2018.

Dedico este trabalho pela caminhada percorrida com muito respeito e admiração aos profissionais que me guiaram e à minha família: mãe, pai, irmãos, marido e filhos, todos com “nódoas” migratórias, que me ouviram, acolheram e aconselharam na árdua luta em busca do equilíbrio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela proteção, amparo e por permitir a oportunidade de superar os medos para evoluir humanamente e intelectualmente.

Aos meus filhos amados, Raíssa Piccoli Fontoura e João Vitor Piccoli Fontoura, por compreenderem a minha ausência para realizar este trabalho; vocês são a razão do meu viver e me impulsionam a lutar. Grata pelos sorrisos que me encantam e enchem meu coração de esperança na vida.

Ao meu marido, Eduardo Espindola Fontoura Júnior, que compartilhou momentos bons e não tão bons desta caminhada em que também fomos colegas de turma, pelo seu amor, carinho, compreensão e dedicação à família.

Aos meus familiares pelo amor, apesar de todos os tropeços.

Aos amigos que me acompanharam e incentivaram na realização deste trabalho.

À orientadora, Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida, por compartilhar seus conhecimentos, pelo incentivo e exemplo.

Aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Teoria Sócio-Histórica, Migrações e Gênero e do Laboratório de Estudos Psicossociais em Saúde Frente a Contextos da Desigualdade Social. Com eles, foram muitos, mas muitos mesmo, momentos de aprendizado, discussões valorosas que contribuíram para a efetivação deste trabalho.

Aos professores do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da UCDB, Campo Grande, MS, pelo empenho e seriedade com que conduziram o curso.

Aos professores Doutores Anita Guazzelli Bernardes, Márcio Luís Costa, Maria Ignez Costa Moreira e Sandra de Faria, que participaram da banca de qualificação e defesa, com importantes apontamentos, grata pela disposição.

À Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, que por meio do Programa de Capacitação ao Servidor, me concedeu licença de afastamento integral para cursar este doutorado, que possibilitou a construção de novos conhecimentos.

Ao servidor Eder Francisco dos Santos Correia, responsável pelo setor de Capacitação da UEMS, pelo seu atendimento educado, compreensivo e sempre disposto a auxiliar.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UCDB, Campo Grande, MS, especialmente à Luciana Fukuhara, pela atenção, carinho e apoio oferecidos em todas as horas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da

bolsa durante o período de realização deste doutorado.

A todos os participantes desta pesquisa que me emprestaram suas experiências, junto ao cenário migratório.

A minha amiga Deisi de Cássia Bocalon, amizade que perpassa gerações, desde nossos avós, até os nossos filhos, grata pelo apoio e acolhimento de sempre, mas em especial no período de coleta dos dados desta pesquisa.

As minhas primas Ivete Vieira Chaves e seu esposo Jânio Muniz Chaves, Fabiula Vieira Chaves e seu esposo Renato, Carolina Vieira Chaves e seu esposo Thiago, que me acolheram muitas vezes, com uma comida saborosa, conversas descontraídas e caronas preciosas.

Ao meu tio Sady Olmiro Piccoli e minha prima Silvana Cléria Piccoli, pelos contatos, apoio e acolhimento em Sinop/MT, pessoas que me fazem acreditar que não precisa estar perto, para estar junto.

Aos migrantes internacionais que aportaram em terras brasileiras na busca de oportunidades de uma nova vida, e com boa vontade compartilharam experiências de força, coragem e determinação, possibilitando a esta pesquisadora compreender melhor o cenário migratório.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram, minha sincera gratidão; obrigada por confiarem em mim e em meu trabalho.

*Que atire a primeira pedra quem nunca teve nódoas de emigração
a manchar-lhe a árvore genealógica... [...] se tu não emigraste,
emigrou o teu pai, e se o teu pai não precisou de mudar [...] foi
porque o teu avô, antes dele, não teve outro remédio que ir, de vida
às costas, à procura do pão que a sua terra lhe negava [...]. Os
sobreviventes dos novos naufrágios, os que puseram pé em terra e
não foram expulsos, terão à sua espera o eterno calvário da
exploração, da intolerância, do racismo, do ódio à pele, da
suspeita, do rebaixamento moral. Aquele que antes havia sido
explorado e perdeu a memória de o ter sido, explorará. Aquele que
foi desprezado e finge tê-lo esquecido, refinará o seu próprio
desprezar. Aquele a quem ontem rebaixaram, rebaixará hoje com
mais rancor. E ei-los, todos juntos, a atirar pedras a quem chega à
margem de cá do Bidassoa, como se nunca tivessem eles emigrado,
ou os pais, ou os avós, como se nunca tivessem sofrido de fome e
de desespero, de angústia e de medo. Em verdade, em verdade vos
digo, há certas maneiras de ser feliz que são simplesmente odiosas.*

José Saramago (1922-2010), em *Histórias da emigração* (2009).

RESUMO

Na atualidade a migração internacional adquiriu destaque mundial e se inscreve em diversas conjunturas, como elemento de formação econômica e social. O Brasil está inserido na dialética desta realidade, tornando relevante o debate acerca da garantia de acesso às políticas públicas de saúde à população migrante no país, compreendida como um processo complexo e contraditório de regulação entre o instituído legalmente e a materialidade concreta existente. A Tese é composta de uma pesquisa qualitativa, alicerçada teoricamente no materialismo histórico dialético, e objetivou conhecer, descrever, explicar, interpretar e compreender o processo migratório internacional e a efetividade das políticas públicas de saúde na realidade do acesso dos migrantes nas práticas assistenciais dos serviços de saúde no Brasil. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada, a partir de discursos empreendidos por representantes de instituições (Organizações Não Governamentais) e entidades brasileiras que trabalham, pesquisam e estudam a temática das migrações e suas diversas vertentes. Os resultados obtidos revelaram que as questões relacionadas à saúde, no contexto migratório, compreende um dos mais importantes indicadores para uma análise das condições de vida e de inserção social nas sociedades receptoras. Há necessidade de posicionamento efetivo do Estado no tratamento das contradições da legitimação das políticas públicas de saúde e da política migratória, a fim de possibilitar que os migrantes sejam inseridos nos sistemas legais do país, assegurando o mínimo existencial observado no sistema internacional dos direitos humanos e adote estratégias e ações que venham a dirimir as graves barreiras enfrentadas no campo da saúde, hoje desenvolvida e orientada pela sociedade civil. Concluiu-se que o ser migrante, ao adentrar terras brasileiras, vislumbra a esperança da segurança e da prosperidade; portanto faz-se essencial torná-lo protagonista da sua própria existência, sujeito consciente de suas obrigações e de seus direitos, livre de discriminação ou qualquer impedimento de acesso à cidadania plena. Neste âmbito, perscrutar a questão migratória é pertinente e capaz de fornecer elementos que impulsionam de maneira assertiva uma política pública de saúde sensível, inclusiva e promotora dos direitos, identificando as peculiaridades deste grupo de usuários, a fim de ofertar atendimento digno e resolutivo aos migrantes que sonham, vivem e tanto contribuem para o fortalecimento da multiculturalidade e para o desenvolvimento do país.

Palavras-chave: Migração Internacional. Política Pública. Saúde. ONGs.

ABSTRACT

Nowadays, international migration has acquired worldwide recognition, and it is inscribed in diverse conjunctures, as an element of economic and social formation. Brazil is inserted in the dialectics of this reality, which makes relevant a debate about guarantee of access to public health policies to migrant population in the country, understood as a complex and contradictory process of regulation between the legally instituted and existing concrete materiality. It is a qualitative nature research, theoretically founded on dialectical historical materialism, with the aim of knowing, describing, explaining, interpreting and understanding the international migratory phenomenon and effectiveness of public health policies in the reality of migrants' access to assistance practices of healthcare services in Brazil. Data were collected through a semi-structured interview, from undertaken speeches by representatives of institutions (Non-Governmental Organizations) and Brazilian entities that work, research, and study migration issues and their diverse aspects. The results obtained revealed that issues related to health comprise, in the migratory context, one of the most important indicators for an analysis of life condition and social insertion in receiving societies. It is suggested the need for an effective positioning of the State in the treatment of the contradictions of legitimization of public health and migratory policy, in order to allow migrants to be inserted in the legal systems in the country, assuring the minimum of existence observed in the human right international system and to adopt strategies and actions that come to settle the serious barriers faced in the field of health, which has been developed and oriented today by civil society. It is concluded that the migrant being, when entering Brazilian lands, glimpses the hope of safety and prosperity; therefore, it is essential to turn him protagonist of his own existence, a subject aware of his obligations and rights, free of discrimination or any impediment of access to full citizenship. In this context, to examine migratory issue is relevant and capable of providing elements that boost in an assertive manner a sensitive public health policy, inclusive and promoter of rights, identifying peculiarities of this user group, in order to offer a worthy and resolute care to migrants that dream, live and contribute so much for the strengthening of multiculturalism and development of the country.

Keywords: Human migration, public policy, health, NGO's.

LISTA DE SIGLAS

ACNUR	- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CGIg	- Coordenação Geral de Imigração
CNIg	- Conselho Nacional de Imigração
COMIGRAR	- 1ª Conferência Nacional de Migrações e Refúgio
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
MHD	- Materialismo Histórico e Dialético
NOB	- Normas Operacionais Básicas
OIM	- Organização Internacional para as Migrações
ONGs	- Organizações Não Governamentais
SIS-Fronteiras	- Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Mapa das fronteiras brasileiras	71
FIGURA 2 - Haitianos que se registraram na Polícia Federal do Brasil no período de 2012-2016	72
FIGURA 3 - Estados da Federação nos quais os haitianos se registraram na Polícia Federal do Brasil no período de 2012-2016.....	73
FIGURA 4 - Ocupação declarada pelos imigrantes ao se registrarem na Polícia Federal do Brasil no período de 2012-2016.....	73
FIGURA 5 - Fronteiras brasileiras entre o Brasil, o Paraguai e a Bolívia	78
FIGURA 6 - Fronteiras Brasil e Venezuela, no Norte de Roraima	80
FIGURA 7 - Venezuelanos aguardam para entrar na sede da superintendência da Polícia Federal do Brasil, em Boa Vista, RR.....	82

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 A DIALÉTICA DAS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS	32
2.1 MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS: CONTEXTO E A DINAMICIDADE HISTÓRICA.....	32
2.2 O CENÁRIO MIGRATÓRIO NO BRASIL NA CONTEMPORANEIDADE.....	37
2.2.1 Atualidade do contexto migratório brasileiro	39
2.3 A POLÍTICA MIGRATÓRIA NO BRASIL	47
2.3.1 Percursos da Nova Lei de Migração (Lei n. 13.445/2017)	59
2.4 QUEM SÃO E DE ONDE VÊM?.....	69
2.5 TENDÊNCIAS DA POLÍTICA MIGRATÓRIA INTERNACIONAL NO BRASIL.....	84
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: O DIREITO E O ACESSO À SAÚDE DOS MIGRANTES NO BRASIL.....	91
3.1 AS TRANSFORMAÇÕES DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: A TRAJETÓRIA DA CONCRETIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	92
3.1.1 A Lei Orgânica da Saúde: Sistema Único de Saúde	93
4 O ACESSO DO MIGRANTE AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	99
4.1 ESTRATÉGIAS ADOTADAS NO ÂMBITO DE SAÚDE DESTINADAS À ASSISTÊNCIA À COMUNIDADE MIGRANTE	117
4.2 PRINCIPAIS AGRAVOS DE SAÚDE DOS MIGRANTES INTERNACIONAIS	132
4.2.1 Migração e saúde mental	134
4.2.2 Migração e saúde física.....	139
4.2.3 Migração, saúde e trabalho	148
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	162
APÊNDICES	189

ANEXO..... 194

1 INTRODUÇÃO

Para compreender como foi pensada a presente tese e esclarecer os leitores sobre as motivações desta escrita e das reflexões empreendidas a respeito da temática migratória, é fundamental responder à seguinte questão: Que relação tem a migração internacional e as políticas públicas de saúde no Brasil com uma enfermeira e professora de uma universidade estadual? A construção da historicidade da minha trajetória enquanto trabalhadora borram fronteiras entre a saúde e a educação. Este caminho teve início na atuação como enfermeira de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), período curto, mas de muito aprendizado onde desenvolvi uma rica experiência de trabalho que se encerrou com a aprovação no concurso público da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), para exercer a função de docente de ensino superior.

Contudo, na docência entendi que a atuação técnica na enfermagem poderia me trazer experiências valiosas para enriquecer os ensinamentos teóricos e práticos na sala de aula, então, concomitante com o fazer de professora universitária minha formação/trabalho continuou com a aprovação na rede pública de saúde, tendo a oportunidade de integrar por seis anos a equipe de saúde em uma unidade básica de saúde (UBS), trabalhando como enfermeira e docente. No entanto o curso da vida se renova e nos apresenta possibilidades de crescimento, as longas cargas horárias de trabalho e as exigências do setor de capacitação da universidade me conduziram a fazer uma escolha. Novos desafios se apresentavam e me levaram ao mestrado. Nesse percurso, instigada por questões relacionadas a minha formação e prática profissional, pesquisei as vivências e qualidade de vida dos transplantados renais.

Com o findar do mestrado retornei as minhas atividades na docência e neste momento decidi me dedicar a formação acadêmica exclusivamente. Confesso que não foi fácil, confesso que chorei, pois o dia-a-dia no trabalho de atendimento ao ser humano, que na maioria das vezes está doente, e vislumbra no profissional de saúde a salvação para aliviar seus males, me completava e me enchia de esperança à cada agradecimento de uma situação resolvida ou encaminhada. Muitos não agradeceram, mas comprehendo, cumpri minha função da melhor forma que pude, considerando todos os percalços existentes na prática dos serviços públicos de saúde no Brasil.

A docência na universidade exige capacitação e senti necessidade de prosseguir e aprofundar os conhecimentos no caminho da pesquisa. Fui aprovada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UCDB e iniciei o doutorado. Um momento de muitas dúvidas, principalmente quanto ao objeto de pesquisa, que necessitei “migrar” devido as linhas de

pesquisa do programa e da orientadora. Construí e desconstruí muitas vezes, para encontrar a bifurcação entre o objeto e a temática. Com base em diversas questões de pesquisa, encontramos a presente tese de doutorado, que parte do cenário das migrações internacionais, buscando entender o acesso dos migrantes às políticas públicas de saúde no Brasil. No entanto, precisava encontrar uma motivação pessoal para dar sentido à investigação, e as leituras sobre o tema me fizeram compreender que enquanto neta de migrantes, migrante sou. Essa descoberta acendeu o desejo de realizar este trabalho e contribuir para o entendimento de que neste mundo “*SOMOS TODOS MIGRANTES*”.

O eixo central da presente tese é discutir a Migração Internacional no Brasil, no contexto da política pública de saúde, no que se refere às estratégias que o país adota para prestar assistência à população migrante e suas profundas implicações sociais.

A interpretação de um fenômeno pode acontecer a partir de várias possibilidades e com diferenciados graus de explicações, o que não significa que existam múltiplas verdades, mas interpretações da realidade que reproduzem de forma mais ou menos fiel o movimento do real (RIZZOTTO, 2000). Tais interpretações necessitam de um processo coerente e racional e que, amparadas em princípios teóricos, possibilitem restaurar objetivamente aspectos da realidade, cuidando-se, entretanto, para que não se tornem um ato arbitrário do pensamento.

Diante do que se pode observar em relação às políticas públicas de saúde e ao processo migratório mundial, considerado pela Organização Internacional para as Migrações (OIM; International Organization for Migration – IOM) “[...] um dos principais desafios atuais em saúde no âmbito global”, as condições de desigualdades a que são submetidos os migrantes, no que diz respeito ao acesso à assistência de saúde e o entendimento de que as migrações internacionais ocupam destaque, nesse cenário, por sua complexidade decorrente das enormes transformações econômicas, sociais, políticas, culturais e ideológicas da contemporaneidade, possuidora de determinações múltiplas, são os fatores que instigam este estudo sobre a temática (OIM: BRASIL..., 2015).

Nesse movimento, importa considerar as políticas públicas de saúde como política social, compreendendo-as não apenas como espaços de confrontação de tomadas de decisão, mas a constituição de elementos de um processo complexo e contraditório de regulação política e econômica das relações sociais, estabelecendo o significado do papel do Estado e das classes sociais na construção dos direitos e da democracia (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

No que tange à saúde, busca-se inscrevê-la na relação com o conjunto da vida social,

tendo em vista seus aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Quanto à migração, é historicamente vinculada à expansão do capitalismo, no qual a circulação de capital, mercadorias e pessoas compõem a realidade do movimento transnacional (BRAUDEL, 1987).

Ao longo de décadas o Brasil vivenciou uma escalada de reestruturações que se tornaram possíveis em decorrência das reivindicações por melhores condições de trabalho feitas pelo movimento operário, impulsionando as Políticas Públicas de proteção social que alcançaram também o campo da saúde. Fruto de transformações e conquistas a “institucionalização” do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, regulamentado na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS), que estabeleceu as ações e os serviços públicos de saúde para formar uma rede de atendimento.

Diante dos princípios doutrinários do SUS, baseados na universalidade, integralidade e equidade, com ênfase na universalidade, que “[...] assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde [...]” oferecido pelo sistema, os migrantes têm garantido, em lei, o acesso aos serviços públicos de saúde, em território nacional, assim como em outros países como a Argentina, Espanha, Portugal e França (VASCONCELOS; PASCHE, 2009, p. 535).

Para a problemática norteadora do estudo, é importante entender a migração como processo que se desenvolve no tempo e no espaço, passível de renovações e cuja organização é reversível; portanto, não se trata de considerá-lo apenas como uma transferência de contingentes populacionais de um lugar para o outro, mas de um processo complexo, intenso e diversificado.

A magnitude desse processo tem merecido vários estudos e aprofundamentos, incrementados pelas transformações contemporâneas ligadas à globalização. O estágio atual das relações capitalistas, conformam e orquestram os processos sociais de competição e exclusão em vários segmentos das populações, que se percebem pela mobilidade, deslocamentos e expulsão, em movimentos migratórios constantes. Tais manifestações desencadeiam processos de desigualdade social, que culminam nos efeitos perversos trazidos pela competição econômica no acesso a um território, além de revelarem formas diversas de elitização, degradação de áreas e de pessoas, segregação e fragmentação, mas, sobretudo, discriminação, preconceito, dificuldades de reconhecimento dos direitos perante as políticas sociais.

Para a investigação sobre a situação migratória, é necessário entender que o homem é um ser social e gregário. Não obstante, é certo que ele não se fixa definitivamente ao lugar

onde nasce. Portanto, os deslocamentos humanos podem ser pensados em categorias: refugiados políticos e migrações forçadas; migrantes econômicos ou migrações voluntárias e migrações decorrentes de catástrofes ou desastres naturais. A terminologia correspondente a essa temática é extensa e caminha de acordo com as áreas estudadas, estabelecendo um consenso trêmulo sobre questões que fundamentam empiricamente as migrações. Este estudo não teve por objetivo conceituá-las e/ou discuti-las, por conseguinte, adotou-se o conceito abrangente de que migração é o

Processo de atravessamento de uma fronteira internacional ou de um Estado. É um movimento populacional que compreende qualquer deslocação de pessoas, independentemente da extensão, da composição ou das causas; inclui a migração de refugiados, pessoas deslocadas, pessoas desenraizadas e migrantes económicos [sic]. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES, 2009, p. 40).

No cenário de migrações vivenciado no século XXI, compreendendo qualquer dessas categorias definidas, as pessoas, mercadorias e informações deslocam-se pelo planeta de tal forma que os conceitos de espaço e tempo estão recebendo novos significados a partir das discussões oriundas das turbulências mundiais do novo milênio, que passaram a reforçar a necessidade de reflexões acerca dos movimentos migratórios cujos fluxos internacionais de pessoas, apesar da intensificação de controle nas fronteiras, principalmente nos países mais desenvolvidos, têm sido incessante (ALMEIDA; BAENINGER, 2013; FAZITO, 2010).

Os migrantes, ao chegarem em um novo país se deparam com uma série de dificuldades, como a língua, diferenças culturais, étnicas, econômicas, discriminação por motivos religiosos, dificuldades no reconhecimento de suas competências acadêmicas, perda das relações sociais, ruptura familiar, perda de papéis sociais importantes, identidades e posições ocupacionais, situações que os deixam vulneráveis a problemas de saúde, considerando também que muitos estão expostos a situações de riscos relacionadas à pobreza, violência e exclusão social (SANTANA et al., 2014).

A Organização das Nações Unidas para Migração Internacional e Desenvolvimento, no relatório de 2013, alertou para o fato de que a mobilidade humana nunca foi tão intensa quanto na atualidade (UNITED NATIONS, 2013), em consequência de desastres ambientais, conflitos armados, perseguições políticas, étnicas, culturais ou religiosas, causas relacionadas a estudos em busca de trabalho e melhores condições de vida, entre outros. Segundo os registros de 2011-2013 da Coordenação Geral de Imigração (CGIg)/Conselho Nacional de Imigração (CNIg), no Brasil, em 2011, foram deferidas 67.728 autorizações de entrada ao país, concedidas pela CGIg ou pelo CNIg; em 2012, foram 70.080 casos, já em 2013

diminuíram para 62.649 autorizações (PALERMO; OLIVEIRA; LOPES, 2015).

O cenário das migrações internacionais, no Brasil, sofreu alterações ao longo das décadas. O país, inicialmente, destacou-se como receptor de migrantes, passando, a partir da década de 1980, a uma importante região de origem de migrantes. Entre os anos de 2010 e 2014 ocupou lugar de evidência, como país de destino para milhares de pessoas, conforme mostram as estatísticas do Observatório do Mercado de Trabalho, tendo-se, como destaque as migrações de haitianos, bolivianos e uma nova frente de africanos que, no período da colonização (século XVI até meados do século XIX), vinham como “trabalhadores escravos” e, atualmente, vêm, entre outros, como “trabalhadores livres” em busca de melhores condições de vida.

Véras e Dantas (2014) descrevem que a justificativa geral que fundamenta as motivações do ato migratório é a fuga de circunstâncias adversas e a melhoria nas condições de vida. Essa fórmula, tão genérica e verbalizada por muitos migrantes, oculta múltiplos dramas e trajetórias pessoais e familiares de modalidades distintas, cores e condições, tendo como pano de fundo, dificuldades econômicas, a luta pela terra, por moradia, emprego, educação, saúde, cidadania, enfim; a esses fatores, somam-se deslocamentos explicitamente involuntários de refugiados, pessoas obrigadas a deixar suas pátrias por conflitos armados, violência política, perseguições étnicas, ausência de lei ou mesmo, desastres naturais.

No Brasil, assim como em outros países, dentre os vários problemas enfrentados pela população migrante, destacam-se os serviços de saúde, que, apesar da garantia do direito, pouco apresenta-se como realidade de gestão e da prática exercida e destinada a essa população. Assim, como qualquer outro país que passa por um processo de desenvolvimento, a situação do fenômeno migratório é perpassada de desafios voltados ao acolhimento e atendimento de migrantes, para o que se faz necessária a implementação de uma política clara quanto aos papéis de cada instância governamental e, sobretudo, uma agenda de ações calcadas no respeito aos Direitos Humanos dos Migrantes.

Saladini (2011) reforça a privação de direitos essenciais, tal como a saúde, inerentes à condição humana em determinados grupos sociais que, no cenário das migrações e globalização, ficam ainda mais evidenciadas, apesar das diversas conquistas de direitos formais reconhecidos pelos ordenamentos jurídicos nacionais.

Ao discutir políticas públicas de saúde, aqui especificamente para migrantes, e considerando que este fenômeno não implica apenas a deslocação espacial, mas constitui um processo complexo e contraditório de uma experiência de perda, ruptura e mudança, que se

apresenta em contextos de variados fatores socioeconômicos, psicossociais e familiares. Esses fatores afetam a saúde, o nível de estresse, desencadeando alterações na qualidade de vida dos indivíduos e das famílias migrantes (RAMOS, N., 2004). Tais circunstâncias demonstram a importância do debate acerca de políticas públicas para a qualidade na prestação de serviços pelo SUS aos migrantes que se encontram no Brasil, independentemente da sua origem, status migratório e outras particularidades.

Segundo Rebouças et al. (1989, p. 22), “[...] saúde não é um estado, e sim um reflexo da vida e da sociedade, tanto em nível individual quanto coletivo.” Véras e Dantas (2014) descrevem o direito à saúde, particularmente como um dos aspectos cruciais no acesso à cidadania e destacam que, do ângulo das políticas, há um certo isolamento das de saúde em relação às demais políticas sociais, fragmentando ações e, ainda, limitando a atuação em cuidados parciais, aplicados mais a viajantes que os residentes imigrantes, além de terem contestados os direitos a ações locais. Atribui-se à clandestinidade e à falta de documentação como fatores que agravam o acesso universal, mas essa situação não difere frontalmente daquela vivida pelos nacionais, que sofrem também as sequelas da desigualdade social de nossa nação (VÉRAS; DANTAS, 2014).

Sampaio (2013), ao relatar sua experiência com migrantes relacionada ao acesso ao serviço público de saúde no Brasil, destaca que a generosidade expressa nas normativas jurídicas brasileiras quanto à universalidade do serviço, esbarra, usualmente, na superlotação, na falta de médicos, na escassez de medicamentos e na precariedade generalizada do serviço em diversos pontos do país. Os migrantes democraticamente enfrentam, inicialmente, os mesmos desafios dos nacionais, todavia acrescidos dos entraves concernentes às dificuldades decorrentes da sua condição de migrantes, como, por exemplo, serem atendidos por servidores desinformados sobre os direitos dos migrantes, terem desconhecimento das formas de funcionamento do SUS, serem excluídos dos serviços de saúde preventiva, terem dificuldade com o idioma e serem vítimas da indiferença do sistema quanto às demandas culturais, religiosas e aspectos psicológicos de pessoas de outras nacionalidades, entre outros, muitas vezes reduzidos e alocados em um plano secundário.

Ao concluir seu relato, a autora observa que o plano de normas nacionais a respeito do acesso dos migrantes ao sistema público de saúde

[...] nominalmente tão generoso e inclusivo ao oferecer condição de igualdade aos nacionais – ainda não encontra um reflexo claro e consistente em sua aplicação na vida cotidiana daqueles que buscam os serviços, geralmente em caráter emergencial [...] (SAMPAIO, 2013, p. 249).

A mesma autora sugere que o diagnóstico das necessidades específicas dos migrantes referentes ao acesso a serviços do SUS deve ser realizado de forma contínua e participativa, por meio de atividades que promovam o encontro e a troca de experiência entre as partes interessadas (migrantes, associações e Organizações Não Governamentais – ONGs, profissionais da saúde, assistentes sociais, gestores da saúde das três esferas governamentais), a fim de se criarem caminhos de debate e de construções coletivas que promovam iniciativas capazes de serem implementadas a curto, médio e longo prazo, muitas vezes, com os recursos já existentes.

Em todas as épocas, a questão referente às migrações consistiu em desafios para os países, para as sociedades locais ou regionais e para a comunidade internacional. Todavia, em cada contexto histórico, esses desafios se configuraram de forma quantitativa e qualitativamente diferenciada. Considerando o cenário atual dos processos migratórios, já previstos pela Organização das Nações Unidas, ao declarar, em 2010, que os conflitos internacionais, as catástrofes naturais e as perspectivas da globalização do trabalho aparecerão, nas próximas décadas, seriam os fatores mais relevantes das migrações internacionais. Exemplo disso tem-se nas migrações de haitianos para o Brasil, em 2012, um contexto que trouxe dificuldades ao estado brasileiro, além da cruel realidade atual de pessoas que se lançam no Mar Mediterrâneo com destino à Europa. Situações como esta devem servir de alerta para as autoridades mundiais, tendo em vista a estatística alarmante de 103.000 migrantes, nos primeiros meses de 2015 (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2015). Para o Brasil, torna-se necessário reformular o modelo assistencial, afim de se preparar para enfrentar possíveis “ondas” migratórias.

A garantia da conquista efetiva do direito fundamental e alienável dos migrantes à saúde é um fato já assegurado nos tratados internacionais e na Constituição Federal, mas é preciso avançar, a fim de prover elementos capazes de contribuir para que a política pública de saúde no Brasil seja sensível, inclusiva e promotora dos direitos, identificando as particularidades desse grupo de usuários, apta a ofertar atendimento digno e resolutivo aos migrantes que sonham, vivem e tanto contribuem para o fortalecimento da multiculturalidade e para o desenvolvimento do país (BRASIL, 1988).

Assim, pretende-se, por meio da pesquisa desenvolvida, contribuir para maior visibilidade da problemática da migração internacional e as políticas públicas de saúde; maior sensibilidade no sentido de a nação acolher e prestar assistência aos migrantes, compreender suas peculiaridades e suplantar o simples tratamento de estrangeiros, mas caminhar rumo a uma concepção humanista que, efetivamente incorpore, na prática, o Direito à saúde. Nessa

direção indagou-se: *como se dá o acesso de migrantes internacionais às políticas públicas de saúde no Brasil*, visto que o direito está previsto na legislação em vigor?

Partindo desta indagação, esta tese tem por objetivo geral: Discutir a efetividade das políticas públicas de saúde no atendimento às demandas que envolvem os migrantes residentes no Brasil. São objetivos específicos: Analisar o fenômeno migratório internacional no Brasil; mapear os processos históricos de desenvolvimento da legislação migratória brasileira; investigar sobre a pesquisa com os representantes de instituições (ONGs)¹ e entidades brasileiras, atuantes em várias frentes relativas aos direitos humanos e fundamentais de migrantes, e o modo como qualificam as políticas públicas de saúde no atendimento vigente no país; caracterizar as estratégias de intervenção, nomeadamente o desenvolvimento de políticas e programas de saúde disponibilizados a comunidades migrantes; apreender como ocorre o acesso dos imigrantes à saúde, dando enfoque ao processo de implementação das políticas públicas frente às demandas/barreiras que dele procedem.

A tese demonstra que: A migração internacional no Brasil traz em si uma necessidade de transformação na concretização das políticas públicas de saúde nas práticas dos serviços de saúde. Todavia a contradição social e econômica ditadas pelo capital abre espaço para a distinção entre o político e o jurídico, em que o Estado se desresponsabiliza, sem prover as condições indispensáveis para que os migrantes possam ter a garantia do direito à saúde.

No caminho das aplicações do método nas formulações filosóficas do trabalho científico, Moraes (2002, p. 67-68) afirma que:

[...] é através dele que o cientista explicita as categorias e conceitos utilizados, define os procedimentos analíticos, circunscreve o objeto de investigação. A opção metodológica traz em seu bojo a adesão a uma lógica e a aceitação de certas posturas ante as questões gnosiológicas básicas, como a do entendimento do próprio ato cognitivo.

É salutar, portanto, que o conhecimento não seja alcançado a partir da simples observação do fenômeno. Minayo (2002) sustenta que a pesquisa deve vincular pensamento e ação, ainda que seja uma prática teórica e deve estar relacionada à interesses e situações que envolvem e evidenciam a vida social, pois não há intelectualidade no problema se não tiver sido, primeiramente, um problema da vida prática e cotidiana.

¹ONG – Organização Não-Governamental - A expressão Organização Não-Governamental (ONG) apareceu pela primeira vez em 1950, sendo usada pela ONU para designar as instituições da sociedade civil que não estivessem vinculadas ao Estado. Hoje, elas são definidas como instituições privadas sem fins lucrativos e com uma finalidade pública (OLIVEIRA; HADDAD, 2001).

Ela se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói, o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. A Dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos. (MINAYO, 2002, p. 24-25).

Para Netto (1994), o método de pesquisa de Marx consiste em um procedimento que avança do empírico, envolve as relações com outros conjuntos empíricos, investiga a sua gênese histórica e o seu desenvolvimento interno e reconstrói, no plano do pensamento, todo esse processo. Para Marx, segundo o autor, a cada retorno do pensamento o circuito investigativo é compreendido de modo mais inclusivo e abrangente.

Ao escrever sobre o método de Marx, Netto (1994, p. 31, grifo do autor) relata:

[...] É um método, portanto, que, em aproximações sucessivas ao real, agarra a *história* dos processos simultaneamente as suas *particularidades internas*. Um método que não se forja independentemente do objeto que se pesquisa – o método é uma relação necessária pela qual o sujeito que investiga pode reproduzir intelectualmente o processo do objeto investigado.

A consciência e o compromisso com a validade da pesquisa qualitativa é crescente e necessária na construção da vida social. Os pesquisadores que escolhem esse método investigativo não pretendem desviar-se do rigor e objetividade, imprescindíveis na construção do conhecimento científico, mas admitem que “[...] a experiência humana não pode ser confinada aos métodos nomotéticos de analisá-la e descrevê-la.” (CHIZZOTTI, 2003, p. 232).

Com o propósito de atender os objetivos da pesquisa foram selecionados representantes de instituições (ONGs) e entidades brasileiras que prestam assistência aos migrantes internacionais em suas diversas necessidades (acolhimento, assistência jurídica, social, psicológica, trabalhista, de saúde, entre outras), a partir do *Mapeamento de Instituições, ONGs e Entidades Brasileiras que trabalham, Pesquisam e Estudam as Migrações e Temas Afins* (2012), do Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios de Brasília² e por meio de indicações das mesmas. Inicialmente, entre as 49 instituições mapeadas foram selecionadas oito, contudo, apenas duas responderam aos contatos realizados; outras oito instituições foram selecionadas com base em registros e atuação vinculados através dos meios de comunicação e páginas da mídia social, que, no contexto contemporâneo, constituem um

² O Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios de Brasília publicou o *Mapeamento de Instituições, ONGs e Entidades Brasileiras que Trabalham, Pesquisam e Estudam as Migrações e Temas Afins* (2012), com objetivo de avançar no sentido de uma atuação integrada e abrir caminhos para a constituição de uma rede colaborativa dentro da área de conhecimento da mobilidade humana.

recurso eficaz para pesquisadores. Nessa seleção observaram-se, criteriosamente, as finalidades das ações destinadas aos migrantes, sendo considerado o atendimento e assistência sociojurídica e humanitária. Das oito instituições que aceitaram prontamente o convite, uma não apresentou disponibilidade no tempo hábil para a coleta de dados por meio de comunicação digital ou presencial. A pesquisa, portanto, foi estabelecido contato com 16 instituições, das quais 9 responderam à entrevista. São elas:

- a) CAMI/SPM – Centro de Apoio e Pastoral do Migrante/Serviço Pastoral dos Migrantes – Atua na promoção e defesa dos direitos humanos dos migrantes, bem como a garantia de acesso gratuito à orientação jurídica especializada, atendimento para a regularização migratória, promoção cultural e atividades de formação para a cidadania, inclusão digital e social na cidade de São Paulo/SP.
- b) Missão Paz – constituída de um Centro de Estudos Migratórios, que realiza a publicação da revista *Travessia* e atua na organização de eventos; um Centro Pastoral dos Migrantes, de acolhimento e assistência jurídica, social e psicológica para os imigrantes e uma Casa do Migrante, de acolhimento e alojamento de imigrantes e refugiados, localizada na cidade de São Paulo, SP.
- c) Pastoral da Mobilidade Humana Diocese Corumbá, MS – atua na assistência aos imigrantes em parceria com instituições sociais com acolhimento, apoio e orientação nas diversas áreas.
- d) Pastoral do Migrante – Arquidiocese de Campo Grande, MS – tem por objetivo central articular e organizar os migrantes e imigrantes em geral, em âmbito local e nacional. Visa à organização e promoção dos grupos que vivem o drama da migração forçada e todas as suas consequências bem como orientação, assistência e encaminhamentos.
- e) ONG – Presença da América Latina, São Paulo – é uma organização da sociedade civil, criada em 2004 com a finalidade de articular e fortalecer comunidades de imigrantes latino-americanos residentes no Brasil. Esta articulação propõe o trabalho em rede com organizações da sociedade civil, dos órgãos públicos nacionais, regionais e internacionais na promoção da inclusão social dos imigrantes da região. A atuação da Presença da América Latina está orientada pela *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1948) da Organização das Nações Unidas, bem como convenções e resoluções específicas em Direitos dos Imigrantes das Nações Unidas, Organização dos Estados Americanos, Organização Internacional do Trabalho, e por valores que conduzem à construção de uma

Cultura de Paz. A proposta contempla monitorar o cumprimento das obrigações assumidas pelos Estados signatários, através dos meios estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e nas disposições estaduais e municipais.

- f) Pastoral Migratória – Arquidiocese de Porto Velho, RO – serviço pastoral que atua em três frentes: migrantes temporários, urbanos e imigrantes/refugiados, cujos objetivos são: i) sensibilizar a sociedade para acolhida; ii) assegurar direitos humanos e trabalhistas; iii) responder concretamente às necessidades dos migrantes (alojamento, alimentação, trabalho, saúde, direitos...); e iv) arrecadar recursos econômicos.
- g) Centro de Pastoral para Migrantes – Cuiabá, MT – acolhimento e alojamento de imigrantes, que também atua com serviço de apoio psicológico, sociojurídico, trabalho e outros encaminhamentos de demandas dos migrantes.
- h) Associação Vasos do Oleiro – Sinop, MT – entidade declarada de utilidade pública, tem por objetivo atender imigrantes com serviços de acolhimento, alojamento, orientação e encaminhamentos relativos às diversas necessidades dos migrantes.
- i) Cáritas Brasileira Regional do Paraná – Curitiba – a entidade se compromete com a construção do desenvolvimento solidário sustentável e territorial, na perspectiva de um projeto popular de sociedade democrática. Tem como prioridades estratégicas a promoção e fortalecimento de iniciativas locais e territoriais de desenvolvimento solidário e sustentável; defesa e promoção de direitos, mobilizações e controle social das políticas públicas e; a organização e fortalecimento da Rede Cáritas.

Para a co-construção dos dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, técnica que prevê um roteiro, uma lista de tópicos e perguntas que devem ser abordadas de maneira particular e requer as mesmas habilidades da entrevista aberta de condução livre. Triviños (2008) afirma que esse tipo de entrevista é um dos principais meios para coletar as informações, devido à valorização da presença do pesquisador, oferece oportunidade para que o entrevistado tenha liberdade de expressar o que pensa, ação fundamental na investigação.

Foram construídas algumas questões amplas para nortear o caminho do processo investigativo:

- 1) As políticas públicas de saúde no Brasil, cujos princípios básicos são a universalidade, integralidade e equidade garantem o acesso aos serviços de saúde, a estrangeiros documentados ou não, residentes no país?

- 2) Quais as demandas e dificuldades dos migrantes sob o ponto de vista das ONGs que os acolhem para a garantia de acesso à saúde?
- 3) De que modo o País lida com a questão das políticas públicas de saúde para migrantes?

A partir dessas questões elaborou-se um roteiro composto por 15 perguntas abertas, tendo em vista ser uma das características da entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Triviños (2008) salienta que numa linha histórico-cultural (dialética), como a que este trabalho propõe, as perguntas podem ser explicativas ou causais. O objetivo desse tipo de pergunta é determinar razões imediatas ou mediadas do fenômeno social.

Para o procedimento de coleta dos dados, foram adotados os passos que são descritos a seguir:

Após a etapa inicial de levantamento das instituições que atendem migrantes internacionais, foram realizados os contatos via telefone e/ou e-mail, que tiveram início no mês de maio de 2016, afim de apresentar a pesquisadora, a origem institucional, o título e os objetivos da pesquisa, e fazer o convite individual para participar da mesma. À medida que era aceito, enviava-se, por e-mail, o modelo de autorização institucional para a realização da pesquisa cuja devolutiva deveria vir com a assinatura dos presidentes e/ou representante legal das ONGs e entidades.

Com as autorizações concedidas, o projeto da pesquisa foi enviado por meio a Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, de Campo Grande, MS, sendo aprovado. Em seguida, solicitou-se aos representantes das instituições que indicassem um membro com atividades relacionadas ao tema da pesquisa, para participar da pesquisa, com quem seriam realizados os contatos e agendamento da entrevista em lócus, segundo a conveniência e disponibilidade do participante.

De maneira geral, no início de todos os encontros, esclareceu-se a finalidade da pesquisa, com ênfase na importância da participação e na liberdade de, a qualquer momento, o participante poder desistir da mesma, como garantia de seu direito. Em seguida, o participante fazia a leitura e assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento em que constam o compromisso de que os dados serão utilizados tão somente para fins de estudo e as explicações quanto à gravação da entrevista (APÊNDICE B). Após as orientações, os participantes foram identificados quanto ao sexo, idade, escolaridade, profissão, função que desempenham na instituição e o tempo que a desempenham. Chegava-se, assim, ao momento

da entrevista, que foi gravada e seguia o roteiro que fora preparado para orientá-la.

Para a análise, os participantes foram identificados por meio de nomes de pássaros, que possuem como característica hábitos migratórios, escolhidos aleatoriamente: Andorinha, Araçari, Biguá, Canário, Cegonha, Garça, Maçarico, Pelicano e Tesourinha.

A primeira entrevista foi agendada via telefone, na Pastoral do Migrante – Arquidiocese de Campo Grande, MS, levando-se em consideração a facilidade de acesso da pesquisadora e a disponibilidade do participante. Agendada via e-mail, realizou-se uma visita ao Centro de Apoio e Pastoral do Migrante/Serviço Pastoral dos Migrantes – São Paulo, SP, com vistas ao reconhecimento e participação na palestra, uma rotina que a instituição adota para atender pesquisadores, estudantes voluntários e demais pessoas interessadas em conhecer as ações da instituição. Essa palestra acontece semanalmente, no período vespertino, com o intuito de apresentar a filosofia da instituição, após o que os participantes são encaminhados aos representantes das áreas de interesse. Nessa oportunidade, a pesquisadora teve a oportunidade de realizar a segunda entrevista.

A terceira entrevista foi com o representante da Pastoral da Mobilidade Humana – Diocese Corumbá, MS, previamente agendada e viabilizada para que se realizasse na cidade de Campo Grande, MS, na qual participante e pesquisadora participavam de um evento sobre a migração internacional no Estado de Mato Grosso do Sul, MS; a entrevista foi realizada com êxito.

A entrevista de número quatro realizou-se na Missão Paz – São Paulo, SP, também agendada com antecedência. Primeiramente participou-se de uma roda de conversa para esclarecimentos acerca dos trabalhos desenvolvidos no âmbito da instituição, um critério adotado pela instituição para realização de pesquisas, seguindo-se uma visita guiada às instalações. Nesse dia, entretanto, não foi possível realizar a entrevista para coleta dos dados, devido à ausência do colaborador responsável pelas ações de saúde, que estava acompanhando um migrante no hospital. Assim, a entrevista foi agendada e concretizada no dia seguinte.

As entrevistas na ONG Presença da América Latina, São Paulo, SP, Pastoral Migratória – Arquidiocese de Porto Velho, RO, Cáritas Brasileira Regional do Paraná, Curitiba, foram agendadas para serem realizadas no evento internacional sobre migrações internacionais, na cidade de São Paulo, onde os representantes das instituições e a pesquisadora estariam presentes. No período desse evento, conseguiram-se as três entrevistas, conforme a disponibilidade dos participantes, que foram identificados à medida que a pesquisadora se aproximava deles e se apresentava.

No mesmo evento mencionado no parágrafo anterior, realizou-se um primeiro contato com o representante do Centro de Pastoral para Migrantes – Cuiabá, MT, com quem se agendou uma visita em lócus, na instituição, para reconhecimento e realização da entrevista. Essa visita presencial na instituição propiciou, à pesquisadora, entender a dinâmica e amplitude dos serviços prestados à população migrante residente no município de Cuiabá e arredores. A entrevista foi realizada com o representante legal do centro de pastoral que, gentilmente, convidou a pesquisadora para participar de uma roda de conversa com migrantes homens a respeito da temática “violência contra a mulher”, realizada com a parceria dos acadêmicos e professores do curso de saúde pública da Universidade Federal de Mato Grosso. A participação como observadora nessa atividade proporcionou que a pesquisadora vivenciasse ações do cotidiano da instituição, assim como enriquecesse a experiência do campo de pesquisa.

A nona e última entrevista foi realizada no município de Sinop, MT, cuja referência foi feita pelo entrevistado de Cuiabá, por ser a maior cidade do norte de Mato Grosso e apresentar um número expressivo de migrantes internacionais, especialmente haitianos, atraídos pela oportunidade de trabalho em indústrias e grandes latifúndios. O contato com o presidente de uma ONG da cidade foi realizado, primeiramente, na página do Facebook e, posteriormente, por e-mail. Agendou-se, então, a visita em lócus para a entrevista.

A análise da pesquisa foi pautada nas concepções materialistas e dialéticas da história, problematizando as temáticas que emergiram das falas dos entrevistados, enfatizando que neste método adotado não há um conjunto de regras, para Marx, o método não é composto de regras formais que se "aplicam" a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda, um conjunto de regras que o sujeito que pesquisa escolhe, conforme a sua vontade, para "enquadrar" o seu objeto de investigação (NETTO, 2011). É a estrutura e a dinâmica do objeto que conduzem os procedimentos do pesquisador. O método necessita de uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa, onde o pesquisador, na sua relação com o objeto, retira dele as suas diversas determinações.

Para apreender a interpretação dos sujeitos sobre o fenômeno em foco, a análise do conjunto de dados coletados partiu, inicialmente, de uma primeira varredura por todo o material, com o intuito de identificar as ideias mais salientes (ligadas ao tema da pesquisa) nas transcrições das entrevistas individuais. Essa triagem constituiu-se em uma pré-analise na qual foram organizados alguns eixos temáticos a partir das falas, com o objetivo de estabelecer e de caracterizar os sentidos de análise contido nos depoimentos. Ao final desse processo foram instituídos os 06 eixos temáticos, quais sejam: Migração internacional;

Espaço de atuação das instituições; Políticas migratórias; Políticas públicas de saúde; Condições de saúde do migrante internacional e Perspectivas para o futuro do fenômeno migratório.

A fim de facilitar a visualização dos temas no material coletado foram inseridos, por meio de um editor de texto, novos comentários em cada um deles e, após nova leitura, foram destacados por cores distintas. A partir dessa formação surgiram evidências que são trabalhadas como indícios, marcas que se apresentam para a interpretação das informações compartilhadas; no processo, possibilita o pesquisador a compreender os caminhos que levam à historicidade contidas nas falas. Os dados são entendidos como elementos indiciários e possibilitaram a definição de subtemas mais profundamente relacionados às questões principais da pesquisa, cujos conteúdos foram introduzidos em um quadro, para melhor identificação das falas evocados pelos participantes e analisados separadamente e de maneira cruzada. Apresenta-se a seguir o modelo inicialmente elaborado do quadro para a organização dos dados:

Tema	Subtema	Depoimento
Tema 1	Subtema 1	Discurso 1 Discurso 2...
...
Tema x	Subtema 1	Discurso 1 Discurso 2...

Face ao processo realizado, emergiram os seguintes temas e subtemas (QUADRO 1). Conquanto os resultados de análise estejam separados, foi possível intuir o seu imbricamento, em vários momentos.

QUADRO 1 - Compilação dos dados da pesquisa

Tema	Subtema
1. Migração Internacional	- Atualidade do fenômeno migratório no Brasil
2. Espaço de atuação das instituições	- Demandas e serviços prestados aos migrantes.
3. Políticas Migratórias	- Direito a ter direito de migrar - Quem são e de onde vem? - Posicionamento do governo brasileiro frente à temática migratória. - A Nova Lei de Migração (Lei n. 13.445, de 24 de

	maio de 2017).
4. Políticas Públicas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Garantia de acesso do migrante à saúde.
5. Condições de saúde do migrante internacional	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação dos serviços de saúde: dificuldades e avanços. - Estratégias para melhorar o atendimento a saúde de migrantes internacionais.
6. Perspectivas para o futuro	<ul style="list-style-type: none"> - Principais agravos de saúde dos migrantes internacionais - Percepções do futuro no cenário migratório no Brasil.

Fonte: Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura, 2017.

Assolini (1999) lembra que, ao tecer o trabalho de análise, o pesquisador não se afasta da reflexão teórica e da análise de dados, no entanto, comprehende e interpreta as ações determinadas pela historicidade; dessa forma, estabelece o vínculo da análise e teoria, de tal modo que interpreta as marcas formais dentro do contexto sócio histórico, realiza movimentos da teoria ajustando a interpretação desses fatos; ao final, as falas estarão permeadas pelas condições nas quais foram produzidas.

Na análise realizaram-se recortes que salientam esse ou aquele dado, esse ou aquele traço; desse modo, não há neutralidade na escolha das materialidades que também comprehende a concepção do pesquisador, sua posição acerca da ideologia do modelo de análise que utilizou.

A tabela 1 refere-se a caracterização dos participantes quanto a: tempo de experiência com a temática, tempo de experiência com a temática na atual instituição, região de atuação, profissão, cargo, sexo, idade e escolarização. A tabela 2 compreende os dados das instituições pesquisadas quanto a: tempo de criação da instituição, número de funcionários da instituição e tipo de instituição.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa

Tempo de experiência com a temática	Tempo de experiência com a temática na atual instituição	Região de atuação	Profissão	Cargo	Sexo	Idade	Escolarização
13 anos	4 meses	Paraná	Assistente social	Assistente social	F	46 anos	Ensino superior completo
20 anos	2 anos	Mato Grosso do Sul	Assistente social	Coordenadora	F	52 anos	Ensino superior completo
10 anos	3 anos	Mato Grosso do	Teólogo	Coordenador	M	47 anos	Ensino superior completo

		Sul					
30 anos	5 anos	Rondônia	Missionária	Coordenadora	F	68 anos	Ensino superior completo
12 anos	4 anos	São Paulo	Missionária odontóloga	Agente de saúde	F	34 anos	Ensino superior completo
11 anos	3 anos	São Paulo	Assistente social	Técnica	F	38 anos	Ensino superior completo
17 anos	7 anos	São Paulo	Psicóloga	Coordenadora	F	69 anos	Ensino superior completo
20 anos	6 anos	Mato Grosso	Assistente social	Coordenadora	F	57 anos	Ensino superior completo
5 anos	5 anos	Mato Grosso	Professor de artes marciais	Coordenador	M	41 anos	Ensino fundamental completo

Fonte: Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura, 2017.

Quadro 3 - Caracterização das instituições participantes da pesquisa

Tempo de criação da instituição	Filiação dos funcionários da instituição	Tipo de instituição
60 anos	Voluntários	Organismo da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), organizada em redes
30 anos	Voluntários	Igreja católica
30 anos	Voluntários	Igreja católica
30 anos	Voluntários	Igreja católica
77 anos	Voluntários e agentes técnicos contratados	Igreja católica ligado a Congregação dos Missionários de São Carlos – Scalabrinianos
12 anos	Voluntários	Sociedade civil
11 anos	Voluntários e agentes técnicos contratados	Igreja católica
30 anos	Voluntários e profissionais técnicos municipais e estaduais cedidos.	Igreja católica ligado a Congregação dos Missionários de São Carlos – Scalabrinianos
5 anos	Voluntários e técnicos contratados	Sociedade civil

Fonte: Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura, 2017.

Para a realização da presente pesquisa foram respeitados os princípios éticos, previstos para pesquisa com seres humanos, das Resoluções n. 196, de 10 de outubro de 1996, e n. 466, de 12 de dezembro de 2012, ambas do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996a, 2013). O projeto de pesquisa foi enviado através da Plataforma Brasil e submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, de Campo Grande, MS, com aprovação em 4 de agosto de 2016 sob o Registro n. 54336016.4.0000.5162. As entrevistas foram realizadas após leitura, compreensão e remissão de todas as dúvidas sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo-se da assinatura dos participantes. Foram enfatizados a garantia do sigilo da identidade dos participantes, o caráter voluntário e a

possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem ônus para o participante.

Em termos de organização a tese está constituída por capítulos relacionados, onde apresenta-se o tema com fundamentação teórica e análise dos fatos empíricos, no intuito de possibilitar uma aproximação do sentido prático e teórico das migrações e das políticas públicas de saúde no Brasil.

O Capítulo 1, apresenta a Introdução, constituída do Referencial Teórico e Metodológico adotado, traz considerações acerca do Materialismo Histórico Dialético e os procedimentos da pesquisa.

O Capítulo 2, *A Dialética das Migrações Internacionais*, é analisado pela dialética das migrações internacionais, com o histórico dos fatos relativos a dinamicidade do fenômeno migratório mundial e brasileiro. As ideias geradas por cientistas, pensadores, políticos e pessoas comuns, responsáveis pela interpretação e ação dinâmica sobre as migrações; o objetivo principal nesse capítulo foi de refletir sobre migrações, com o exame dos dados coletados que versam sobre a política migratória no Brasil, a questão jurídica fundamental a todos os migrantes e a conquista do direito ao acesso às políticas públicas sociais destacando a política pública de saúde, quem são e de onde vem os migrantes que aqui aportam e as tendências das migrações no país.

O Capítulo 3, *Políticas Públicas de Saúde: O Direito e o Acesso à Saúde dos Migrantes no Brasil*, é composto pela análise das transformações da política pública de saúde e a trajetória da concretização do sistema único de saúde buscando respostas relativas ao tema no cenário migratório brasileiro, seguido dos princípios e concretização do SUS.

O Capítulo 4, *O Acesso do Migrante aos Serviços Públicos de Saúde no Brasil*, traz a problematização sobre a saúde nas contradições entre a política anunciada e a realizada que tratam da realidade das demandas, do acesso e das estratégias de saúde adotadas para a assistência de saúde da população migrante que no Brasil, estão pautados no amplo reconhecimento do direito à saúde como um direito humano fundamental. Neste capítulo também descreve-se e discute-se os *Principais Agravos de Saúde dos Migrantes Internacionais*, subdivididos em migração e saúde mental, migração e saúde física e migração, saúde e trabalho.

Finalmente, as considerações finais, seguidas das referências bibliográficas, apêndices e anexos.

Para atender os objetivos deste estudo o primeiro caminho traçado, tem como base a formulação teórica seguida da análise dos resultados da pesquisa que tratam dos processos históricos e contemporâneos da migração internacional mundial e no Brasil.

2 A DIALÉTICA DAS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS

2.1 MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS: CONTEXTO E DINAMICIDADE HISTÓRICA

As migrações constituem uma estratégia de sobrevivência dos seres humanos e há um momento em que esse fato demográfico característico – o deslocamento – apreende significações complexas no campo das relações propriamente sociais. Existem circunstâncias que obrigam a que determinadas pessoas se desloquem a outros contextos, e, desse modo, o evento migrações deixa de seguir os ditames populacionais lineares e puramente biológicos. Nesses contextos estão inseridas as motivações geradoras, que se dão em resposta ao desenvolvimento econômico, a mudanças climáticas, ao crescimento demográfico e aos conflitos armados, que desencadeiam contextos de conquistas ou derrotas, formação de novos estados, revoluções políticas, golpes de Estado e violação de direitos humanos, situações capazes de produzir migrações voluntárias ou forçadas. Tais fatores caracterizam o fenômeno como contraditório, intenso, extenso e, sobretudo, dialético.

O processo migratório pode ser percebido durante toda a história de formação territorial de maneiras e níveis diferentes. Contudo, o tema surge com força nas obras de Friedrich Engels (1820-1895), Georg Simmel (1858-1918), Rosa Luxemburgo (1871-1919) e Vladimir Lênin (1870-1924), para se consolidar com os autores da chamada Escola de Chicago. Engels (2010), em seu clássico *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra* (1845), estudou, de forma incisiva, essa questão no contexto da Revolução Industrial, da formação das primeiras cidades industriais inglesas e das condições de vida da classe trabalhadora.

Naquele momento, segundo o autor, as migrações geraram um incomensurável impacto sobre as cidades, sobre as condições de vida e sobre a mobilidade dos trabalhadores migrantes³ irlandeses. Engels (2010) aborda questões referentes à demanda de empregos, situações sociais precárias como moradia, saúde e alimentação dos migrantes. Ressaltou que os migrantes se concentravam num dos bairros mais pobres de Londres, definindo-os como indivíduos maltrapilhos, descalçados e que se alimentavam basicamente de batatas. Muito

³ Embora a palavra imigrante signifique a pessoa que migra para outro país, atualmente prefere-se utilizar a palavra migrante como sinônimo, ou seja, está sendo utilizada inclusive para designar aqueles que migram de um país a outro. Nesta discussão, as palavras e expressões migrante, migrante transnacional e imigrante serão empregadas como sinônimas.

embora tenha sido escrita no século XIX, a obra retrata uma realidade ainda muito atual em relação às condições socioeconômicas e culturais das migrações. É importante assinalar que, nas reflexões de Marx e Engels, em *A Ideologia Alemã* (1845-1846), estes consideram não ser possível desvincular o fenômeno das migrações humanas da concentração do capital, pertencentes às dimensões do mesmo processo de acumulação capitalista (ENGELS, 2010).

Marx (1996) afirma que a concentração do capital acompanha a concentração humana, portanto para a efetivação da Lei Geral da Acumulação Capitalista a “superpopulação relativa se faz condição. As grandes migrações promovem impactos sobre o desenvolvimento do capitalismo compostos por três aspectos conexos: i) a grande migração de camponeses destituídos de trabalho e terra se deslocaram rumo as cidades industriais; ii) facilidade no trânsito oferecida pelos novos meios de transporte (estradas de ferro); iii) ampliação e a concentração dos meios de produção industrial em determinadas cidades.

Para Oliveira, M. (2014), Marx e Engels não analisaram as consequências dos movimentos migratórios, mas o líder da revolução soviética; Lênin (1984), em *O Capitalismo e a Imigração dos Operários* (1913), o fez, no qual declarou que dos países atrasados aos países industrializados, o capitalismo criou uma espécie de transmigração dos povos, em consequência dos melhores salários pagos nesses últimos.

É possível perceber, de forma sutil, uma inovação em relação aos escritos de Marx e Engels; sugerindo que o capitalismo criou uma forma particular de migração dos povos. Os países com acelerado desenvolvimento industrial desalojaram os países atrasados do mercado mundial; consequentemente, os salários elevaram-se acima da média e atraíram operários assalariados dos países subdesenvolvidos, confirmando a realidade da concentração do capital, antes tido como processo.

Nos estudos da abordagem marxista, os migrantes, em sua maioria trabalhadores, foram considerados um “exército industrial de reserva”. Assim, a compreensão era de que se tratavam de (i) migrantes formadores de um bloco indistinto. Oliveira, M. (2014) salienta que a tradição marxista analisou tão somente o papel dos migrantes na acumulação capitalista, conferindo importância minorada à sua origem nacional ou estrangeira ou, ainda, ao seu padrão de mobilidade. O autor supõe, ainda, que não havia dados confiáveis para a sustentação de análises sobre o padrão de mobilidade ou sobre as diferenças entre indivíduos de um mesmo grupo nacional.

No período do avanço do nazismo na Alemanha, que caminhou a passos largos para o início da Segunda Guerra Mundial, acirrou-se a política migratória em todo o mundo, tendo

em vista que judeus alemães foram expulsos e/ou retirados de seus lares e a cidadania da população de crença judaica perdeu o direito à proteção estatal, tornando-se uma espécie de apátridas dentro de seu próprio país, vulneráveis a perseguições de toda ordem, decretadas sob alegado viés nacionalista. Somaram-se, nesse contexto, as ondas de refugiados russos, armênios, assírios e outras minorias cristãs, que ainda não haviam sido repatriadas. A “questão judaica” alarmou todos os continentes, o nazismo adotou uma estrutura burocrática denominada Escritório Central para a Emigração Judaica, a cargo de Adolf Eichmann⁴ (1906-1962), afim de expulsar os judeus do país (TORPEY, 2000). Tal situação despertou o temor da comunidade internacional, em particular das associações judaicas nos principais países europeus e das organizações humanitárias, quanto à eficácia da política migratória vigente na época (ARENDT, 2009; MOSES, 2006).

Diante das condições caóticas instauradas por Adolf Hitler (1889-1945), o governo dos EUA reagiu, no intuito de convencer os governos de países latino-americanos a receberem números expressivos de migrantes de origem judaica. O principal alvo norte-americano foi o Brasil, influenciado a assumir o protagonismo no reassentamento dos judeus. Essa atitude dos EUA pretendia preservar sua política migratória restritiva e, ao mesmo tempo, sinalizar, à comunidade internacional, o compromisso na busca de soluções para a questão judaica, transferindo a outros países a responsabilidade de receber imigrantes judeus. O Brasil recebeu a maioria dos refugiados, no final da década de 1938, alicerçada nas modificações da política nacional para migrações assumida pelo Conselho de Imigração e Colonização, que favoreceu a entrada desses refugiados. Essa alteração não se deu exclusivamente por pressões impostas pelos EUA e pelo Reino Unido, mas, sobretudo, pelo desejo do Governo Vargas de “abrandar” sua faceta ditatorial, ao admitir mais claramente uma postura contrária aos desmandos nazistas (TORPEY, 2000).

A Segunda Guerra Mundial proporcionou uma visão ampliada sobre as questões migratórias – que se limitavam, até então, aos aspectos referentes ao trabalho e assentamento – para uma percepção relacionada aos atos de paz e seguranças mundiais. Após o término da Segunda Guerra Mundial, uma nova geopolítica do desenvolvimento, gestada pelos países capitalistas centrais, criou a possibilidade de se estabelecerem companhias multinacionais (principalmente europeias e estadunidenses) em várias regiões do globo e, particularmente, na América Latina. Um novo processo de expansão da economia capitalista teve início após o término do conflito mundial (TORPEY, 2000).

⁴ Um dos principais teóricos e defensores da “solução final da questão judaica”, que resultou no Holocausto.

A globalização econômica e o fim da Guerra transformaram a conjuntura mundial no curso dos movimentos migratórios, trazendo consequências ao tratamento da questão. A partir de meados da década de 1980 (sobretudo após os atentados de 11 de setembro de 2001 ocorrido em Nova York), duas das principais regiões receptoras de migrantes, EUA e a União Europeia testemunharam o crescimento de manifestações de xenofobia contra imigrantes e estrangeiros de determinadas origens nacional, étnica e racial (FARIA, 2015).

Independentemente das motivações que impulsionaram o fenômeno migratório, ao longo dos séculos, os deslocamentos atuais evocam inquietações nos países receptores de migrantes, ao mesmo tempo em que se observam questões sociais marcantes que envolvem as histórias de vida desses migrantes, vivenciadas tanto em seus países de origem, como durante o seu deslocamento e na sua chegada ao país de destino. Portanto, torna-se importante considerar as migrações atuais não apenas como uma transferência de contingentes populacionais de um lugar para o outro, mas como um processo complexo, intenso e desafiador.

Na abordagem sobre os fenômenos migratórios, cabe ressaltar que nem todas as migrações são fundamentalmente decorrentes da exclusão e/ou da violência sofrida pelo ser humano. Há pessoas inseridas plenamente, nos locais de destino, livres para a volição de sair de seu país/lugar de origem e lançar-se num processo migratório, mesmo porque isto se constitui um direito da pessoa humana, ou seja, o direito de ir e vir. Entretanto, considerando os atuais movimentos migratórios e suas diversas expressões, essa não é a realidade de muitos migrantes, tendo em vista que são destituídos de condições básicas para sua sobrevivência, do direito de se deslocarem, pelo fato de não apresentarem condições econômicas para permanência no país de destino; essa condição, aliada a uma migração forçada por situações de conflito ou perseguição em seus países de origem, destituí pessoas de seus direitos fundamentais.

Segundo os dados apresentados pelo United Nations High Commissioner for Refugees⁵ (2017a) apontam um total de 65,3 milhões de pessoas deslocadas por guerras e conflitos, até o final de 2015 – um aumento de quase 10%, se comparado com o total de 59,5 milhões registrado em 2014. O relatório enfatiza que é a primeira vez que o deslocamento forçado ultrapassa o marco de 60 milhões de pessoas. No final de 2005, o ACNUR registrou uma média de seis pessoas deslocadas a cada minuto. Hoje, esse número é de 24 por minuto.

⁵ Sigla em inglês: UNHCR, United Nations High Commissioner for Refugees; sigla em português: ACNUR, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados.

O atual cenário dos deslocamentos humanos tem proporções inimagináveis. A International Organization for Migration (2017a) informou que, do início de 2017 até o dia 9 de abril de 2017, ingressaram, na Europa, por via marítima, 31.993 migrantes e refugiados, mais de 80,0% chegaram à Itália, o restante foi para a Espanha e Grécia. Segundo a United Nations High Commissioner for Refugees (2017b), no final de 2016, 65,6 milhões de pessoas foram deslocados, em todo o mundo, como resultado de perseguição, conflitos, violência ou violações de direitos humanos, caracterizando um aumento de 300.000 pessoas ao longo do ano. Há também a preocupação quanto ao risco de morte que espreita os migrantes nas ousadas travessias das fronteiras. O cruzamento do Mediterrâneo, que arrebatou a vida de 15 mil migrantes desde a primeira manchete em outubro de 2013, é apenas um exemplo das muitas rotas de migração que vêm numerosas fatalidades a cada ano.

É importante observar que as estatísticas apresentadas pelos diversos órgãos que cuidam dessa questão refletem a complexidade do fenômeno, já que a cada dia o fluxo de deslocamentos humanos cresce, de forma que é muito difícil calcular a dimensão e os futuros impactos sociais do fenômeno.

Assim, como mudam as rotas nos mapas dos fluxos migratórios, também mudam outras características do fenômeno, que vão se adequando, considerando o contexto histórico de que fazem parte. Destarte, as dificuldades que os migrantes enfrentam ao chegarem a um novo país são semelhantes, o que inclui idioma, diferenças culturais, étnicas, econômicas, discriminação por motivos religiosos, dificuldades no reconhecimento de suas competências acadêmicas e profissionais, perda das relações sociais, ruptura familiar, perda de papéis sociais, identidades e posições ocupacionais, circunstâncias que podem afetar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias migrantes; ressalta-se, também, que muitos estão expostos a situações de riscos relacionadas à pobreza, violência e exclusão social (SANTANA et al., 2014).

Se o fim do século XX coroou o avanço da tecnociência como alavanca de uma nova humanidade, cujo primado seria a inovação dos produtos provenientes da revolução tecnológica, por outro lado, o trato humano continuou a ser desafiador para aqueles que se importam, refletem e denunciam as condições de subumanidade em que se encontram grandes contingentes de pessoas. Muitos discursos de líderes e pensadores denunciam o fato de que a globalização econômica não se tornou distribuidora das riquezas que a economia global produziu (PEREIRA; FONSECA, 2017).

Vale lembrar que a globalização econômica ganhou força no fim do século XX, em decorrência do declínio da polarização político-ideológica capitalismo *versus* comunismo;

muito embora a globalização tenha suas raízes na antiga história da humanidade, somente no mundo contemporâneo tornou-se evidente. Considerando a velocidade com que as informações relativas aos mercados financeiros administram somas de trilhões de dólares e a comunicação que não encontra obstáculo nas diferenças de culturas, idiomas e ideologias, sobretudo pelo uso das redes sociais, além do contínuo fluxo de mercadorias, produtos e serviços, há um novo tipo de deslocamento fluido que não se parece em nada com as rotas comerciais do oriente antigo, nem com o período do mercantilismo ou com os fluxos de mercadorias do capitalismo do neocolonialismo do século XIX (PEREIRA; FONSECA, 2017).

O fim do século XX e o início do século XXI não apresentaram diferenças significativas no trato das populações migrantes. Os grupos de refugiados e os que se colocaram em rota de fuga, não encontraram facilidade no trânsito ao destino almejado, tampouco, o necessário reconhecimento da sua condição humana nos lugares em que aportaram (PEREIRA; FONSECA, 2017). Tal condição traz à tona a grande discussão de que as sociedades são e sempre foram socialmente diversas e culturalmente plurais, mas que essa diversidade continua escondida sob a densa bandeira territorial. Embasado nas migrações mundiais, comprehende-se a questão migratória no Brasil e de que forma as discussões teóricas se efetivam na prática para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à população migrante bem como os principais desafios e disputas que ainda existem em torno deste debate.

2.2 O CENÁRIO MIGRATÓRIO NO BRASIL NA CONTEMPORANEIDADE

O cenário das migrações internacionais no Brasil sofreu alterações ao longo das décadas, contudo, é inegável que fora constituído por migrantes, em razão do processo de colonização a que foi submetida a América. Os contextos migratórios do país envolvem a ideia de que a própria história do Brasil pode ser contada a partir das migrações e dos deslocamentos de pessoas: o descobrimento, primeiramente por meio da chegada dos portugueses destinados à colonização; os “conquistadores”, portugueses, holandeses, franceses e espanhóis que impuseram, às sociedades indígenas, deslocamentos forçados para fugir da escravidão; os escravos africanos, que foram deslocados à força de seu continente de origem para trabalhar na nova colônia portuguesa (CÂMARA, 2014; LOPES, C., 2009; SALADINI, 2011; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES, 2010).

As diversas ondas migratórias que aportaram o Brasil contribuíram para formar sua

nacionalidade, tendo como legado a expressiva diversidade e riqueza cultural brasileira proveniente dos povos de continentes e países que, por diferentes meios e razões, ocuparam e colonizaram o território brasileiro. A trajetória dos fluxos migratórios modificou-se, e na segunda metade do século XX, em decorrência da mudança de um país de desenvolvimento acelerado, gerador de emprego e renda para um país de estagnação econômica e frustração social. Contudo, na década de 1990, as condições de estabilidade política e recuperação econômica alcançaram melhores indicadores sociais, que contribuíram para que os fluxos emigratórios e imigratórios se intensificassem, assim como sua complexidade. Cervo (2008) relata que durante a década de 1990, “[...] a globalização recessiva do Brasil manteve elevado o fluxo de emigrantes [...]”, e que sintoma de pobreza, a emigração mescla-se com o crime, mostrando sintoma de degeneração social. Lopes, C. (2009) corrobora esse comentário ao reconhecer a “conversão do Brasil em país de emigração”, entre as décadas de 1980 e 1990, decorrentes de transformações que ocorreram no contexto laboral e econômico, com reflexos nos níveis de emprego e de renda. A autora enfatiza os momentos de instabilidade econômica vivenciados pelo Brasil nesse período, que resultaram em “[...] perdas salariais, deterioração dos serviços públicos, desemprego, aumento da desigualdade social e agravamento das condições de vida da população [...]” (p. 286).

A recuperação econômica, nos anos 2000, fizeram surgir novas características do fenômeno migratório de pessoas, do e para o Brasil, com destaque para o influxo de contingentes de brasileiros retornados do exterior, processo que se intensificou diante da eclosão da crise econômica, em 2008, que atingiu os principais países de destino dos migrantes brasileiros; provocou o aumento de solicitações de refúgio e, consequentemente, de refugiados, no país, especialmente os procedentes de regiões de conflito, como os sírios; a vinda de estrangeiros sul-americanos, tais como paraguaios, bolivianos, peruanos, entre outros, almejando trabalho e melhores condições de vida. Também é possível observar, nesse período, a chegada de senegaleses, congoleses, nigerianos, paquistaneses, bengalis e haitianos, que, historicamente, não se deslocavam ao território nacional em grande quantidade e passaram a fazê-lo.

Entre os anos de 2010 e 2012, o Brasil vivenciou uma situação migratória peculiar, devido ao terremoto no Haiti, em 2010 e a epidemia de cólera, em 2011, uma situação de tragédia e miséria que se instalara naquele país. Assim, iniciou-se uma onda de imigração de moradores da ilha caribenha para o Brasil. A principal porta de entrada se deu pelos estados do Acre e do Amazonas nas cidades fronteiriças de Brasileia, AC, e Tabatinga, AM, que, entretanto, não estavam preparadas para recebê-los.

De acordo com a Conectas⁶, ao chegar no Brasil os haitianos viviam em condições precárias, em galpões cuja capacidade máxima era de 200 pessoas, mas que chegaram a abrigar 800 pessoas, sem qualquer tipo de saneamento básico e sem condições decentes de higiene. A superlotação acrescida da precariedade das instalações, baixa nutrição e esgoto a céu aberto tornaram-se motivos para que vários haitianos adoecessem e, desse modo, sobrecregassem o já deficiente sistema de saúde das cidades acolhedoras (MORAES; ANDRADE; MATOS, 2013).

Atualmente há haitianos em todo o território brasileiro; contudo, devido à situação de crise econômica e política que assola o Brasil, estes e outros migrantes têm deixado o país, ou seja, as características neste âmbito modificaram-se na dialética dos processos migratórios. Situações migratórias como a que ocorreu no Brasil com a chegada dos haitianos acendeu o alerta do poder público, pois evidenciou a necessidade de estratégias para garantir acesso aos serviços básicos aos migrantes que adentram o país, visto que a cada dia mais e mais pessoas deixam suas terras, muitas vezes devastadas pelas guerras, catástrofes naturais e/ou crises econômicas, em busca de melhores condições de vida.

2.2.1 Atualidade do contexto migratório brasileiro

A mobilidade humana, como já se sabe, tem sido constante, mas, nas últimas décadas, o fenômeno ganhou um protagonismo singular no cenário internacional. No Brasil, as migrações internacionais passaram por diferentes “etapas”, inseridas em um processo inerente às grandes mudanças globais, alternando de fases caracterizadas pela e/imigração. Analisar a atualidade de um fenômeno dialético como e o caso dos fluxos migratórios pressupõe pensar em termos de crescimento, mudanças contínuas e graduais, fim de etapas e desenvolvimento de novos ciclos. No contexto deste trabalho é importante situar o leitor quanto ao atual momento da migração no país, esclarecendo a realidade e as necessidades de inserção da população migrante na via de tratar as migrações na sua complexidade, multidimensionalidade e incluí-la de forma transversal nas diversas políticas públicas, dentre as quais destacamos a política pública de saúde, com a perspectiva dos direitos humanos, para cooperar de forma determinante na consolidação da migração como um ativo para o desenvolvimento do país, nos aspectos econômico, cultural, social e político.

⁶ Conectas Direitos Humanos é uma organização não governamental internacional, sem fins lucrativos, fundada em setembro de 2001 em São Paulo.

Nas falas dos entrevistados da pesquisa foi possível identificar elementos referentes as experiências vivenciadas enquanto profissionais que atuam no campo das questões migratórias, identificando o sujeito em sua historicidade e ideologia. Vejam-se, a seguir, algumas falas dos participantes, correspondentes à questão sobre como compreendem o fenômeno migratório neste século XXI:

[...] é um movimento constante, não percebo grandes mudanças daí, o tipo de migração é muito parecida, entra ano e saí ano é isso [...]. A questão migratória não acontece por acaso é uma rede que uma situação desencadeia a outra, nenhum dia é igual ao outro o fenômeno migratório é isso é um fenômeno dinâmico [...]. (Araçari)

Olha [...] eu acho que a migração [...] temos um número muito grande e temos a mania de falar como se fosse um fenômeno em si, e ela não é um fenômeno em si, a migração é totalmente incerta, primeiro pela necessidade, e isso sempre vai continuar a existir [...]. (Biguá)

Os entrevistados enfatizam a dinamicidade do cenário migratório ao longo dos anos e as motivações que cercam a volição do ato de migrar, que denuncia a atual situação de crise no Brasil e as consequências que refletem na população autóctone, mas principalmente nos que chegam de outros territórios, demonstrando a instabilidade a que estão expostos diante dos processos de globalização que demandam reavaliação de paradigmas, além de evidenciar a lógica do capital que dita as normas nos territórios; tal movimento é ao mesmo tempo contraditório e dialético.

Em um primeiro momento, é possível observar, nos discursos a característica da contradição existente na trama migratória. Cabe esclarecer que a lei da contradição é inerente aos fenômenos, a unidade dos contrários, é a lei fundamental da dialética materialista. Para os estudiosos, o próprio movimento é uma contradição inserida como a qualidade dialética da totalidade, (outra categoria fundamental da teoria marxista) que se apresenta como a união dos complexos sociais que se estabelecem na sociedade, uma totalidade dinâmica articulada à categoria da contradição devido à constante transformação da sociedade. A migração acompanha as modificações impostas pela sociedade sendo a contradição o próprio eixo desse desenvolvimento.

A cada momento histórico a migração apresenta novas características, mas com formas propriamente específicas em sua totalidade, assim constituídas por peculiaridades inerentes ao período que se fundam.

Há também um discurso que ressalta a complexidade da migração e a dificuldade em estudá-lo, decorrente da sua dinamicidade. Aqui, apresenta-se outra possibilidade de efeito de

sentido que tem relação com o enredamento desse processo e demonstra as formações ideológicas do participante, bem como aponta, mais uma vez, para uma contradição do que já está irremediavelmente inscrito, com a afirmação de que a migração “é uma coisa nova”. Percebe-se, neste dizer, que o sentido se dá, considerando que as facetas das migrações mudam constantemente e por isso sempre se constitui novo, consequentemente desconhecido.

[...] a mobilidade ela é dinâmica [...] é muito difícil estudar o fenômeno migratório hoje quando a gente fala fenômeno migratório é uma coisa desconhecida, uma coisa nova que está surgindo [...] outros contextos que influencia nos motivos para migrar. (Cegonha)

Para Ramos, N. (2008), a migração é um fato global e multidimensional, com mudanças constantes e características multidisciplinares de efeitos transversais que constituem um acontecimento relevante, seja na perspectiva histórica quanto na contemporaneidade, motivo pelo qual as migrações têm despertado o interesse de amplas redes de pesquisadores, centros, núcleos, grupos e projetos de pesquisa que se dedicam ao tema, estudos de instâncias locais, nacionais e internacionais que têm por finalidade avançar no que se refere à interlocução com diferentes áreas do saber. No entanto, pela característica dinâmica, a migração envolve processos de saberes que constantemente necessitam ser atualizados.

Sassen (2016) concentra-se no relato dos três fluxos que o autor considera novas migrações, vistos como um conjunto particular que surgiu ao longo dos últimos dois anos, cada um deles muito diferente entre si, especificamente: (1) de menores desacompanhados da América Central que se dirigem aos Estados Unidos da América; (2) o aumento do fluxo migratório dos Rohingya, uma minoria muçulmana fugindo de Mianmar/Birmânia e (3) a migração em direção à Europa com pessoas originárias principalmente da Síria, Iraque, Afeganistão e vários países africanos, especialmente da Eritreia e da Somália. Amiúde, as migrações emergentes são consideradas menores do que as migrações mais antigas; no entanto, analisá-las em suas procedências proporciona a oportunidade de apreender a amplitude das dinâmicas que impelem as pessoas a migrarem e provoca inquietações nos estudiosos acerca do tema, pois revela o migrante como indicador de uma história em construção. A mesma autora descreve as características principais dos fluxos emergentes, cada um deles marcado por condições extremas. Embora emergentes, essas condições podem, eventualmente, tornar-se preponderantes para os sistemas existentes de políticas de migração e refúgio, para as áreas de acolhida e para os homens, mulheres e crianças que formam esses

fluxos.

Em contrapartida, Wenden (2016) escreve sobre as novas migrações e cita outros fluxos migratórios que emergiram no século XXI: as mulheres correspondem a 51,0% dos migrantes internacionais; os deslocados ambientais são cerca de 40 milhões; os fluxos de refugiados são estimados em 60 milhões; há ainda os menores desacompanhados, os aposentados, que buscam climas amenos, e as migrações Norte-Norte relacionadas à crise econômica.

Esses novos fluxos migratórios, enquanto inseridos nos contextos descritos anteriormente, possuem especificidades que o caracterizam como novos, razão por que se pode entender o discurso acima, no qual o participante descreve as migrações como um fenômeno novo.

Outro aspecto instaurado nos discursos, remete à condição atual do Brasil, que está imerso em inúmeros escândalos de corrupção e má gestão pública, situação que desencadeou estagnação do crescimento e o mergulho profundo numa assustadora crise econômica e política que interfere no contexto migratório no país.

[...] e o Brasil está numa crise que é tão complicado, porque é uma crise política e uma crise financeira [...] a união da crise política e financeira, aí fica muito complicado, isso é claro que vai impactar na migração [...] a migração é isso, todos os dias são diferentes, acontecem coisas novas, aprendizagens novas. (Araçari)

As migrações sempre mudaram muito, o fenômeno é muito dinâmico e quem dita as regras dessa mudança é em primeiro lugar a economia depois a globalização que eu acredito ser consequência uma da outra e depois tem as guerras, as questões naturais, mas se formos fazer uma análise é uma questão do dinheiro [...]. (Pelícano)

Essa conjuntura tem levado muitos migrantes a considerar a ideia de ir em busca de novas oportunidades em outros países, visto que há um aumento descomedido do desemprego, que alcançou índices recordes. Conforme, a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016) com as estimativas da população residente nos municípios e nas unidades da federação brasileiros até 1º de junho de 2016, nos últimos 12 meses o número de pessoas desempregadas aumentou 18,4%, situação que coloca mais de oito milhões de brasileiros à procura de emprego no mercado de trabalho, cenário que cresce a cada dia.

A OIM (2016) assegurou que a crise econômica no Brasil está afastando os migrantes. Segundo o relatório dessa organização, o fluxo de migrantes inclina-se para uma reversão, quando a economia está em recessão, como é o caso do país, neste momento, confirmado que o poder da economia e os fluxos migratórios estão reciprocamente entrelaçados num

processo considerado irreversível.

De maneira ampla, ressalta-se que a globalização econômica e tecnológica interfere nos espaços de deslocamentos da população. A globalização não é um fenômeno moderno, pois já estava presente nos antigos impérios, provocando surtos sucessivos de modernização econômica, cultural e jurídica. Marx e Engels (2007), no século XIX, em *A Ideologia Alemã* (1845-1846), apesar de não nominar, já antecipavam as características daquilo que seria denominado, no século XX, de globalização. Essa mundialização do mercado é, para os filósofos, decorrente do surgimento da burguesia e da adoção do sistema de produção capitalista. Este cenário reflete o discurso abaixo:

Independente do motivo as migrações estão cada vez mais fortes e é em todo o mundo. A globalização tem efeitos e de certa forma incentiva as pessoas a procurar melhorar de vida e a conhecer outros lugares. (Andorinha)

Nos contextos do mundo globalizado entendido como um processo histórico, o tema é muito criticado por estudiosos que consideram o modo como ele se apresenta, estremecendo, com frequência, economias inteiras, ao permitir o avanço do capital mundial de maneira desenfreada, sem qualquer preocupação com as pessoas submersas nesse (e por esse) processo. Fundamentalmente, a globalização tem como característica a fluência em larga escala de capitais e “assets” financeiros, mercadorias e serviços, de tecnologia e pessoal, espaços nos quais as barreiras fronteiriças são inexistentes. É fato que as pressões para inserção de áreas novas do mundo são conduzidas a constituir relações com a economia global e induzem a perturbações sociais em massa, que, muitas vezes, impelem à migração. A globalização motiva desigualdade crescente no rendimento e segurança humana em todo o planeta. Portanto, a migração internacional contemporânea inscreve-se nesse contínuo histórico, de questões ideológicas, políticas, econômicas, sociais e humanitárias, perpassando motivações, objetivos, planos, sonhos, possibilidades, limitações, dificuldades, retorno, entre outros, todos eles motivos que geram a migração e que constituem uma miríade de fatores (CALEGARI, 2014).

A globalização provoca profundas modificações no panorama geográfico e social mundial, os quais interferem no fenômeno migratório. Na contemporaneidade, não há horizonte para o migrante, seu movimento não se limita à cidade mais próxima, nem à capital do estado ou do país. Seu horizonte é o mundo – vislumbrado nos meios de comunicação e midiáticos e entre as redes familiares e de convívio, ou seja, um mundo interconectado. O migrante habita nesse novo mundo onde a globalização é imune às fronteiras, transforma

parâmetros diariamente, ostenta luxos, esbanja informações, incita consumos, motiva sonhos e, finalmente, cria expectativas de uma vida melhor (MARTINE, 2005; PATARRA, 2006; PATARRA; BAENINGER; SPRANDEL, 2015).

Véras e Dantas (2014) descrevem que a justificativa geral que fundamenta as motivações do fenômeno migratório é a fuga de circunstâncias adversas e a melhoria de condições de vida. Essa fórmula, tão genérica e verbalizada por muitos migrantes, oculta múltiplos dramas e trajetórias pessoais e familiares de modalidades distintas, cores e condições, e tem, como pano de fundo, dificuldades econômicas, a luta pela terra, por moradia, emprego, educação, saúde, cidadania, enfim; a esses fatores somam-se deslocamentos explicitamente involuntários de refugiados, pessoas obrigadas a deixarem suas pátrias por conflitos armados, violência política, perseguições étnicas, ausência de lei ou mesmo desastres naturais. Mesmo considerando essa gama de fatores, percebe-se a influência das transformações rápidas e profundas geradas pela globalização e, mais uma vez, a contradição em relação às motivações do ato de migrar surge entre o discurso e a prática.

Por um lado, a globalização constitui o motor principal da migração internacional, exceto no caso dos conflitos armados e dos desastres naturais, pois favorece o desarraigamento ao acelerar o progresso econômico que modifica comunidades, estimula as pessoas a deixar trabalhos tradicionais e a buscar novos lugares, enquanto as obriga a se confrontarem com novas realidades no modo de viver referentes a costumes e maneiras de pensar. Nesse contexto, despontam conjunturas da desigualdade, tendo em vista que as regras estabelecidas pela globalização não se aplicam à migração internacional, na qual o capital financeiro e o comércio fluem livremente; a mão-de-obra se move a conta-gotas, devido às restrições impostas pelos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No entanto, são os deslocamentos populacionais forçados que dão o tom na realidade migratória mundial neste século.

É nessa lógica contraditória da globalização e do poder da economia que se insere o Brasil. A partir de 2011 com a chegada dos primeiros haitianos no país, houve um avanço das questões que envolvem os processos migratórios, devido a visibilidade que esta situação deu aos problemas enfrentados pelas populações migrantes no território brasileiro. As condições da crise humanitária que assola a Europa e o oriente médio também têm contribuído para reforçar a necessidade de inclusão dessas pessoas. No discurso abaixo esse fato se torna evidente:

[...] nos outros governos teve um incentivo [...] um Brasil que aparecia

dizendo que acolhia. Então esse foi um período, mas agora mesmo estando fechando eu acho que esse caminho que já foi percorrido eu digo que não vai se perder por que continua chegando pessoas de outros países, outros estão indo embora o movimento migratório é assim. (Tesourinha)

Quanto ao incentivo e à acolhida a migrantes no Brasil, muitas vezes estes se confundem, já que os governos favorecem tais fluxos, especificamente porque visam a finanças e comércio, diferenciando o migrante rico do pobre, enquanto, em particular, estimulam a chegada de pessoal altamente qualificado ou com poder econômico e de investimentos, turistas e estudantes. Desse modo, muitas vezes, fecham a porta para as pessoas sem qualificação e pobres, causam disparidade entre os migrantes, que podem ser classificados como desejados e indesejados. No âmbito dos serviços de saúde os migrantes ricos procuram atendimento de saúde privado, pois possuem condição econômica para pagar esses serviços.

Segundo dados levantados pelo Instituto Adus (2015), nos últimos cinco anos, pelo menos 300 mil europeus migraram para o Brasil, a maioria para ocupar cargos altos em grandes empresas. Esta é uma realidade inquestionada pelos autóctones, tendo em vista que a imagem de europeus e norte-americanos é vinculada ao desenvolvimento, à cultura, o que leva a acreditar que eles contribuirão para o crescimento do país. Porém, em se tratando de migrantes forçados, como o caso dos haitianos, africanos, sírios e outros, há um discurso negativo, pois a eles, negros e em condições de desigualdade e exclusão social, resta a imagem de pobres e doentes. (INSTUITUTO ADUS, 2015). A diferença constituída de migrantes ricos e pobres ou, ainda, de países ricos e de países pobres estimula o preconceito e a xenofobia em todo o mundo, situação que prevalece no Brasil, mesmo considerando que os migrantes que vivem e trabalham no país constituem, aproximadamente, 1,8 milhão de pessoas ou 1,0% da população; portanto, é falso falar em “invasão de estrangeiros” no território brasileiro, discurso atribuído aos migrantes pobres (OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS, 2017). Dessa maneira, a sociedade brasileira formada por migrantes não comprehende a realidade da migração; os governos necessitam implementar políticas migratórias pautadas nos direitos humanos, como o direito universal à acolhida, que atualmente é realizada por instituições religiosas, independentemente da situação econômica do migrante.

Com base no debate acerca de migrantes ricos e pobres, destaca-se o discurso a seguir:

O movimento atual está bastante arrastado. No momento a nossa sociedade está arrastada por este fluxo migratório instalado [...] haitianos [...], mas as outras migrações que já estavam antes e continua [...] a migração da

América Latina e na sua grande maioria vinda de países que enfrentam a pobreza. (Canário)

Quanto à migração na América Latina referida, o Brasil está consolidado nesta rota, em virtude da grande área de fronteira com o Paraguai, a Bolívia, Argentina, Uruguai, Peru, Colômbia, Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa, por meio das quais se intensificam os deslocamentos humanos motivados pelas relevantes transformações econômicas, sociais, políticas, demográficas e culturais em âmbito internacional. Essas transformações, que advêm do processo de produção, implicam na mobilidade do capital e na migração forçada da população, em distintas regiões do mundo (SASSEN, 1988). O Brasil foi inserido nesse cenário, com reflexos na configuração de um novo contexto das migrações internacionais para o país.

Segundo previsão da Organização das Nações Unidas (2017), a migração nessa região e no Caribe será crescente nos próximos anos, diante de um cenário mais restritivo na Europa e da crescente xenofobia nos países desenvolvidos. A exemplo do atual presidente dos EUA, Donald Trump, que assumiu claramente sua posição contrária à migração, adotando formas de proibir a entrada de pessoas de países muçumanos – Irã, Líbia, Síria, Somália, Sudão e Iêmen –, como o novo decreto intitulado *Protegendo a Nação da Entrada de Terroristas Estrangeiros nos Estados Unidos* e deportar migrantes indocumentados (G1, 2017).

Os dados demonstram que a migração entre países latino-americanos e caribenhos aumentou 51,0% entre os anos de 2009 e 2014, chegando a 36 milhões de migrantes; desse total, 64,0% migraram entre países da região e 36,0% tiveram como destino países de outros continentes; essa proporção era bem diferente, na década de 1970, quando quase 80,0% das migrações ocorriam para países de fora da região (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017). Marinucci (2013) enfatiza que os desafios da migração extra regional (América do Norte e outros continentes) ofuscaram a migração intra-latino-americana e caribenha, ou seja, a migração internacional inter-regional, realizada entre os países da mesma região. Contudo, essa migração, embora apresente pouca relevância numérica com relação à emigração extra regional, permanece extremamente significativa, envolve desafios e potencialidades, especialmente nos campos da promoção dos direitos humanos e da integração regional. No século XXI essa migração possui marcas contínuas e expressivas de mobilidade interna, sobretudo fronteiriça, e está inserida no panorama maior da globalização neoliberal, que influencia de diversas maneiras os padrões comportamentais e axiológicos das populações locais.

2.3 A POLÍTICA MIGRATÓRIA NO BRASIL

Historicamente, sobretudo entre o final do século XIX e início do século XX e, posteriormente, entre os anos 1920 e 1930, o Brasil foi destino de centenas de milhares de migrantes, principalmente europeus e japoneses, em busca de um futuro mais próspero. Entre os anos de 2009 e 2014 o país voltou a se destacar nesse sentido. Este cenário migratório ao longo dos anos, no Brasil, tem forçado um posicionamento em relação às políticas voltadas para os imigrantes estrangeiros (ANDENA, 2013; CLARO, 2015; FARIA; 2015; OLIVEIRA, A., 2015; REIS, 2011).

Podemos considerar que o primeiro contingente populacional relevante de migrantes que forçadamente chegou ao Brasil foram os escravos africanos. Em 1808, um ato normativo permitiu a concessão de sesmarias⁷ aos estrangeiros não escravos residentes no país, considerado um marco inicial da regularização da imigração no Brasil, cuja finalidade era atrair os europeus. Desde o século XIX (1822-1889), período imperial, as discussões estavam relacionadas aos riscos e benefícios dos imigrantes para a colonização no país. A conhecida “Lei de Terras” de 1850, regulamentada em 1854, constituiu-se na legislação imigratória orientadora da colonização de terras públicas destinadas à exploração agrícola familiar. A partir dessa lei o governo imperial desdobrou outros decretos, entre 1854 e 1876, todos preconizando a imigração para fins de colonização do território (SEYFERTH, 1990). Custódio (2011) ressalta dois modelos de colonização no Brasil império, um na região Sul, onde a mão de obra dos imigrantes era utilizada nas pequenas propriedades, outra em São Paulo, onde os imigrantes trabalhavam para os grandes proprietários das fazendas de café. Contudo, de modo geral, o estudo dessa autora defende que a mão-de-obra dos imigrantes seria para substituir a mão-de-obra escrava e o branqueamento do país.

Entre os anos 1880 até a Primeira Guerra Mundial o Brasil recebeu grandes fluxos migratórios, com destaque para os portugueses e espanhóis, tornando-se o terceiro maior país em movimento de ingresso, superado apenas pelos Estados Unidos e Argentina. Os imigrantes foram atraídos pela possibilidade de acesso a terras, emprego e melhores condições de vida

⁷ “Em 1375, foi estabelecida, em Portugal, a Lei das Sesmarias, seu objetivo era ajudar no avanço da agricultura que se encontrava abandonada em virtude das batalhas internas e da peste negra. Essa lei mais tarde foi adaptada para funcionar no Brasil. Segundo a Lei das Sesmarias, se o proprietário não fertilizasse a terra para a produção e a semeasse, esta seria repassada a outro agricultor que tivesse interesse em cultivá-la.” (SANTANA, 2015).

(MENEZES, 2001).

O Conselho de Imigração e Colonização foi criado em 1938, com a função de fiscalizar e selecionar os imigrantes; tanto aqueles que já estavam instalados quanto os recém chegados submeteram-se a um conjunto de fiscalização mais rigorosa (GERALDO, 2009). Carneiro (2003) relata que com o findar da II grande guerra, houve uma expansão, com a flexibilização da política migratória, no intuito de obter mão de obra especializada. Também em 1946 questões de saúde passaram a fazer parte dos critérios de seleção imigratória oficialmente com o decreto-lei n. 7.967 de 18 de setembro de 1945, devido às doenças que atingiam a Europa, Ásia e África. Em 1954, o Conselho de Imigração e Colonização foi substituído pelo Instituto Nacional de Colonização e Imigração.

Em 1980, foi elaborado o Estatuto do Estrangeiro (Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980), vigente até novembro de 2017; esse documento diz respeito, explicitamente e de forma inédita, aos direitos e deveres dos migrantes, a exemplo do artigo 1º, que preconiza: “Art. 1º Em tempo de paz, qualquer estrangeiro poderá, satisfeitas as condições desta Lei, entrar e permanecer no Brasil e dele sair, resguardados os interesses nacionais.” (BRASIL, 1980).

Contudo, todos os direitos conferidos pelo estatuto estão condicionados ao que prescreve o artigo seguinte:

Art. 2º Na aplicação desta Lei atender-se-á precípuamente à segurança nacional, à organização institucional, aos interesses políticos, sócio-econômicos [sic] e culturais do Brasil, bem assim à defesa do trabalhador nacional. (BRASIL, 1980).

No início do século XXI a doutrina de segurança nacional, vigente na ditadura militar, parece ter perdido o fôlego, considerando os mais de 20 anos de vigência da ordem constitucional democrática no Brasil em relação à imigração, mas ainda deixa bem sedimentada, logo em seus primeiros dispositivos, a finalidade de a política imigratória privilegiar a questão da segurança e dos interesses nacionais, bem como a proteção da ordem econômica; sob essa legislação foi criado o CNIg, vinculado ao Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 1980). No ano de 1991 o Congresso Nacional aprovou o Projeto de Lei n. 1.813, de 21 de outubro de 1991, que definia a situação jurídica do estrangeiro no Brasil; (BRASIL, 1991).

O ano de 2005 foi um período bastante virtuoso na elaboração, aperfeiçoamento e implementação da Política Nacional de Imigração, a qual tem como objetivos principais a geração de trabalho, emprego e renda, a proteção da mão de obra nacional e o aperfeiçoamento contínuo do sistema de imigração. Também destacam-se a criação do

Coordenação de Apoio ao CNIg e a entrada da OIM. Foram aprovadas oito resoluções, dentre elas a Resolução Recomendada n. 7, de 13 de setembro de 2005, que

Trata do encaminhamento da manifestação, das observações e propostas de alteração em relação ao anteprojeto de lei que dispõe sobre o ingresso, permanência e saída de estrangeiros em território nacional, a concessão da naturalização, cria o Conselho Nacional de Migração, define crime e dá outras providencias. (BRASIL, 2010).

Contudo, neste período não houve avanços quanto aos direitos dos migrantes às políticas públicas sociais, dentre elas as de saúde que apesar da garantia de acesso estabelecido pelo sistema universal de saúde vigente no país. Como alerta sobre a importância do papel dos países receptores frente à deflagração e manutenção dos fluxos migratórios, esses países precisam desenvolver políticas com o propósito de gerir os fluxos, ao invés de tentar eliminá-los ou criminalizá-los, protegendo os direitos humanos e sociais básicos dos migrantes (BENHABIB, 2007; FALEIROS, S., 2012; PORTES, 1995; SASSEN, 1999). Garantir a integração dessa população é uma necessidade, porque quanto mais precária ela for, maior sua associação a problemas sociais, que culminarão em discriminação dentro da sociedade receptora (SASSEN, 1999).

Considerando esse cenário, o Brasil passou a perceber-se como parte importante quanto a sua posição em relação às migrações no plano internacional, intensificando as discussões sobre as políticas migratórias a partir da década de 2010, explicando as mudanças propostas no sentido de tornar mais coerentes as disposições do país em relação às migrações no sentido mais amplo.

Conforme informações coletadas por meio de pesquisa legislativa, o Brasil possui um número aproximado de 287 normas jurídicas, de diferentes níveis hierárquicos, que tratam das migrações internacionais no Brasil entre os séculos XIX e XXI. Entre essas, o século XIX possui seis normas, o século XX possui 149 normas, sendo 40 na primeira metade e 109 na segunda metade, e o século XXI, até o presente e em apenas 14 anos incompletos, conta com 132 normas sobre migrações (CLARO, 2015).

Diante desse conjunto de transformações na legislação migratória do Brasil, os participantes da pesquisa foram questionados acerca do posicionamento do governo brasileiro perante este tema. Em todos os discursos é possível perceber a preocupação desses participantes em relação à necessidade de mudar a legislação vigente, considerada ultrapassada, já que não atende às questões contemporâneas do fenômeno migratório global e que integra o Brasil. Cabe ressaltar que no momento das entrevistas vigorava a Lei do

Estrangeiro (Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980):

Eu acho que os governantes têm que entender que o mundo está mudando e o Brasil precisa melhorar esta questão e dar condições para as pessoas migrantes, então eles precisam incluir, porque elas chegam aqui digo na minha experiência [...] em situação vulnerável precisa ter atendimento do serviço público, porque só agente não dá conta de atender. (Andorinha)

O Brasil precisa se preparar, o problema é que só quando se instala o caos é que se faz alguma coisa eles apagam incêndio principalmente na questão migratória. (Pelícano)

Embora haja fatos concretos que representam avanços históricos em relação aos últimos anos, em política pública para migrantes, muitas lacunas persistem e a esperança em resolver essa questão está voltada para a Nova Lei de Migração - Lei n. 13.4, de 24 de maio de 2017, sancionada pelo presidente da república, Michel Temer, cujo prazo para que comece a vigorar é de 180 dias. A Lei dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas voltadas ao emigrante (BRASIL, 2017a).

Mesmo com a aprovação da Nova Lei de Migração (Lei n. 13.445/2017), acendem, em ritmo acelerado, as dificuldades da sociedade civil para cumprir com um papel que deveria ser, em sua maior parte, do poder público. As instituições que atendem os migrantes estão vivenciando uma realidade caótica, pois os recursos financeiros e humanos são limitados para suprir todas as necessidades exigidas por essa população que cresce a cada dia. Portanto, todo gesto concreto é válido e necessário para adquirir uma postura mais sensível, que procure manter a dignidade do migrante, não apenas com ações de simples filantropia, mas com o objetivo de proporcionar segurança e defender a vida humana que cruza uma fronteira e chega a um novo país, torna-se dever do Brasil e de outros países (BRASIL, 2017a).

Brito (1995) ressalta que é comum, a uma grande parte dos países desenvolvidos, haver resistência à imigração internacional, instituir uma rigorosa legislação que vise ao controle desse fenômeno que constitui um dos mais importantes problemas políticos contemporâneos. A politização intensa das imigrações, ou seja, seu lugar cada vez mais relevante na agenda política dos diversos países receptores de imigrantes, tem provocado a opinião pública e os debates parlamentares, adquirindo ampla importância nos programas partidários, em especial dos conservadores, em que o anti-imigracionismo tornou-se um componente político determinante. Os confrontos de interesses estabelecidos, impressos na legislação cada vez mais avessa aos imigrantes, abarcam peculiaridades com características de graus diferentes da politização, historicamente reconhecidos, pois as imigrações

internacionais têm sido um tema político central no desenvolvimento do capitalismo desde a segunda metade do século XIX.

Para reforçar essa premissa histórica de rechaço ao migrante, o trabalho de Seyferth (2008, p. 8) identifica, no engajamento político somado à mobilidade espacial, outro tipo de potencial periculosidade do estrangeiro, referido na Lei 6.815/1980: “As situações conflituosas, o aparente desafio às leis e autoridades [...] a mobilidade espacial [...], deixaram à mostra um colono indesejado, politizado – estrangeiro, problemático, desqualificado como ‘comunista’”.

Quanto à necessidade de aprovar a nova legislação sobre a migração no Brasil, um participante fez referência a 1^a Conferência Nacional de Migrações e Refúgio (COMIGRAR), realizada em 2014, na cidade de São Paulo:

A legislação precisa mudar o Ministério da Justiça já fez um avanço, mas parece que agora vai retroceder. Teve um avanço fez um avanço com a Comigrar [...] foi o início da tentativa de mudança a proposta da Etapa Nacional está lá como proposta tem até uma esperança de avançar com essas e governo que estava com uma linha de facilitar essas mudanças mas agora com esse governo é um retrocesso tão indo aí na frente. (Canário)

Esse evento trata-se de uma iniciativa governamental, inovadora na abordagem da questão migratória no Brasil, com mobilização nacional e internacional dos diversos atores interessados no tema e na discussão dos conceitos centrais da política migratória, de caráter consultivo. O evento teve como objetivo reunir migrantes, profissionais envolvidos na temática migratória, estudiosos, servidores públicos, representações diversas que vivenciam a realidade da migração e do refúgio, para uma reflexão coletiva e elaboração de aportes para a construção da Política e Plano Nacionais de Migrações e Refúgio (CONFERÊNCIA NACIONAL SOBRE MIGRAÇÕES E REFÚGIO, 2014).

No processo de implementação da 1^a Comigrar foi prevista a realização de eventos participativos municipais e estaduais com a mobilização dos atores locais que trabalham e convivem com diferentes contextos da temática. Tais eventos tornaram-se oportunidades para promover a reflexão e o fortalecimento institucional de parceiros governamentais e não governamentais, além do engajamento de migrantes, refugiados e representantes da sociedade, no diálogo em torno dos temas relacionados com migrações e refúgio.

As ações participativas, foram realizadas, por meio de conferências presenciais, virtuais e livres, com início em 2013, com uma metodologia própria, propostas e eleição dos delegados para participar da Etapa Nacional da Comigrar, realizada em São Paulo. A partir

dos debates foi elaborado o caderno de propostas sistematizado do processo participativo da Comigrar. Contudo, o grande ator concreto da Comigrar foi a ampliação do Comitê de Acompanhamento pela Sociedade Civil sobre ações de Migração e Refúgio (CASC-Migrante) da Secretaria Nacional de Justiça, criado por meio da Portaria n. 455, de 19 de dezembro de 2013, com o objetivo adicional de acompanhar o processo pós-conferência (BRASIL, 2013e).

Apesar da iniciativa nobre, após o ano de 2013, pode-se perceber que a proposta não surtiu os efeitos desejados, na maioria dos estados brasileiros, salvo o município de São Paulo que avançou na questão da legislação migratória, sancionando a lei que institui a Política Municipal para a População Migrante e, recentemente, a sanção da lei de migração nacional. Na prática, no município de São Paulo a nova norma transforma em política de Estado iniciativas que já vinham sendo tomadas pela prefeitura para a inclusão, o acolhimento e a não-discriminação da população migrante. Tal ação serve de exemplo para o todo Estado Brasileiro.

As falas abaixo referem-se aos impasses para a aprovação da Nova Lei de Migração. Eles contribuem para evidenciar a dialética dos movimentos migratórios, pois no momento da entrevista a lei estava em discussão no Senado, porém, cerca de nove meses após a coleta de dados referentes à pesquisa a lei foi aprovada. Mesmo assim, optou-se por manter os discursos sobre esse período, considerando que os fenômenos estão em constantes transformações e que a história permite entender os caminhos percorridos na realidade concreta:

Então temos diferentes mentalidades Ministério da Justiça e Graças a Deus não é o Ministro da Justiça que vai decidir isso, porque ele pede a força nacional isso seria fatal para nós, porque temos que romper esse flagelo de achar que o migrante é um perigo público e que está voltando acontecer agora com o medo do terrorismo dos refugiados. (Biguá)

[...] infelizmente ainda existe resistência por parte até do governo né, alguns parlamentares que são contra e eles disseminam um discurso que engana muita gente tem muita gente que acredita que os migrantes vão tomar seus empregos, que estão fugindo por crimes e outras coisas, então sempre tem impedimentos. (Maçarico)

Com o passar do tempo, o migrante ainda é visto como ameaça à segurança nacional, pois a Lei 6.815/1980 (Estatuto do Estrangeiro) foi elaborada, votada e sancionada em um período de exceção que intensificou a perseguição a certos grupos – a ditadura militar – no qual predominava a ideologia da segurança nacional, sendo o “estrangeiro” visto como potencial criminoso. Ainda que a nova lei de 2017 preveja que a política migratória será regida pelos direitos humanos, pelo repúdio à discriminação e pelo acesso e tratamento

igualitários, perduram concepções institucionais preconceituosas enraizadas.

Quanto ao risco de ataques terroristas, o Brasil não está na rota tradicional dos grupos terroristas, mas há um alerta quanto ao chamados “Lobos solitários” ligados ao Estado Islâmico que têm empreendido esforços não apenas para recrutar seguidores no país como também para deixar alguns deles em condições de agir a qualquer momento.

Marinucci (2015) destaca que nos contextos globalizados constituídos por características decorrentes de crises econômico-financeiras, a chegada de migrantes e solicitantes de refúgio suscita, não raramente, sentimentos e atitudes de solidariedade e acolhida, mas também reações alarmistas, xenófobas e racistas. Os conflitos e guerras que atingem o oriente médio e o ocidente sustenta, com intensidade e de maneira generalizada, um clima de desconfiança em relação a qualquer migrante, até mesmo entre aqueles que fogem de guerras, de redes de tráfico de pessoas e de violações difusas de direitos humanos.

Ao analisar a trajetória das categorias migrantes, estrangeiros e colonos, Seyferth (2008) mostra como a Lei do Estrangeiro (Lei n. 6.815/1980), legislação migratória brasileira anterior, sempre dialogou com a criminalização (e com a eugenia), num panorama apontado pelo nacionalismo e sua intolerância para com a diferença cultural ou étnica. A autora identifica o perfil ideal do estrangeiro desde o período colonial e considera as memórias do Visconde de Abrantes, que fora à Prússia com a missão diplomática de atrair emigrantes alemães, que deveriam ter a seguintes características: ser sóbrio, resignado, trabalhador e respeitador das autoridades. O Visconde, em sua missão, buscava informações policiais, com o intuito de evitar emigrantes “vagabundos” ou “imorigeros”, como são chamadas as “pessoas que não sabem se comportar, não apresentam boas maneiras, são devassas ou libertinas”. Desse modo, comprova-se que houve poucas mudanças, no decorrer dos séculos, com relação aos atributos que devem constituir o migrante, que continua sendo classificado como desejado ou indesejado.

A nova lei acaba com a proibição e garante o direito de o imigrante poder se associar a reuniões políticas e sindicatos, o que anteriormente era proibido. Com relação ao voto, o migrante internacional continua sem o direito, já que na Constituição Federal o mesmo não está previsto. Para mudar isso, é necessário criar uma Proposta de Emenda Constitucional. Um dos participantes da pesquisa se posiciona assim, acerca dessa questão:

[...] eu acho que nunca teve vontade política porque os imigrantes não votam, então não tem interesse em resolver a situação. Se os imigrantes votassem isso já estava resolvido, e é um problema muito sério. (Araçari)

Essa participante faz alusão à discussão acerca do direito ao voto e à esperança de aprovação da nova lei; todavia, o que se sabe é que essa lei foi aprovada, mas o direito ao voto foi vetado pelo presidente da república. Os dados oficiais da Polícia Federal indicam que cerca de 1,8 milhão de migrantes vivem no Brasil e há exceção quanto ao direito ao voto por conta de pessoas com nacionalidade portuguesa que, depois de três anos ininterruptos vivendo no Brasil, podem requerer o direito no Ministério da Justiça, expressando a possibilidade de exercer sua cidadania, pois mesmo que os migrantes adquiriram direitos promulgados na Constituição Federal de 1988, somente o exercício pleno da cidadania (exemplificado pelo direito ao voto) passa tal direito da teoria à prática (OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS, 2017).

Na América do Sul, o Brasil é o único país que não admite a participação formal dos imigrantes no sistema eleitoral. Sem direito ao exercício do voto, os imigrantes quase sempre se sentem silenciados em suas demandas. Contudo, existem campanhas internacionais que reivindicam o direito dos migrantes de votarem e serem votados, como a campanha *Aqui Vivo, Aqui Voto*, cujo lema se traduz em uma das empreitadas mais relevantes para ressaltar a importância da participação política do imigrante em um Estado democrático de direito. Mas a realidade é que, no Brasil, esse sonho ainda está distante e requer um trajeto de luta e conscientização dos governantes e da população autóctone (DELFIM, 2016).

Segundo Sayad (1998, p. 274), a participação política não é permitida ao migrante por entender-se que ele ocupa um lugar fora da identidade e da homogeneidade:

O imigrante põe em “risco” a ordem nacional forçando a pensar o que é impensável, a pensar o que não deve ser pensado ou o que não deve ser pensado para poder existir; forçando-a a revelar seu caráter arbitrário [...], a desmascarar seus pressupostos; forçando-a a revelar a verdade de sua instituição e a expor suas regras de funcionamento [...].

Chelius (2011) ressalta que o século XVIII testemunhou a formação dos direitos civis e das liberdades individuais, que foram a base necessária para a ascensão dos direitos políticos ao longo dos séculos XIX e XX. Posteriormente ao avanço dos direitos políticos, em especial o direito ao voto, a classe trabalhadora foi capaz de levantar a bandeira dos direitos e benefícios sociais. No caso dos direitos dos imigrantes, essa conquista seguiu de forma contrária, porque os direitos econômicos e sociais foram os primeiros a serem outorgados pelos países receptores. Principalmente após a segunda guerra mundial, que desencadeou um processo intenso migratório, foi impossibilitado, à maioria dos países de destino, que recusassem, aos imigrantes, os direitos sociais e civis obtidos por grande parte da sociedade.

Dessa forma, ainda que atualmente os migrantes – documentados –, na maior parte dos países desenvolvidos do mundo, possuam uma série de benefícios sociais e civis, o voto permanece restrito e estritamente reservado aos cidadãos membros da nação, ainda que em alguns países seja permitido o direito de os migrantes participarem nas eleições apenas municipais, condição limitante do sufrágio, pois os migrantes não gozam de direitos políticos plenos (CORDE, 2016; NASCIMENTO; PORTELLA, 2016a, 2016b).

As discussões acerca do direito ao voto perpassam as noções de cidadania, globalização e democracia; esses elementos se entrelaçam e constituem o caminho para se pensar, de maneira expansiva e inclusiva, os direitos políticos dos migrantes e as novas demandas do Estado, principalmente em relação ao reconhecimento do direito de ação do estrangeiro no espaço público de que faz parte.

Hammes e Pellegrini (2010) definem cidadania com um enfoque histórico, centrada na ideia de participação política, possuidor de direitos e deveres frente a comunidade, embora sua expressão fosse claramente atribuída à sociedade e ao contexto histórico. Neste sentido, evidencia que o homem para viver em sociedade precisa ouvir e ser ouvido, participar de forma ativa das decisões e utilizar-se dos meios postos a sua disposição para garantir a justiça e a democracia. Dessa maneira, cidadania teve início no ocidente nos continentes europeu e americano a partir do século XVIII com a conquista de direitos civis expressos na igualdade ante a lei e pela Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, já no século XIX decorrente do sufrágio universal e se estabelece definitivamente no início do século XX com a conquista dos direitos econômicos e sociais e constitui-se como resultado de um longo processo histórico em constante evolução.

Torna-se necessário, nesse contexto, retomar algumas considerações acerca da globalização:

Devemos perceber o fenômeno da globalização como não restrito às estratégias do capitalismo financeiro, mas, como um processo radicalmente incerto e ambivalente que se projeta por sobre os mais variados aspectos da vida e que, ao mesmo tempo em que rompe com os lugares tradicionais da economia, da política, das relações e das práticas sociais, implica uma imbricação entre os diversos lugares em que tais ocorrem, multiplicando de maneira simultânea e superposta fenômenos de homogeneização, localismo, desterritorialização, renacionalização e fragmentação das identidades coletivas, o que as torna multifacetadas, fluidas, ambíguas e em profundo processo de transformação. (GÓMEZ, 2000, p. 67).

Nessa direção, é imperativo que se compreenda o fato manifesto dos processos de desterritorialização, que impõem a revisitação da própria noção de cidadania, avultando na afirmação de uma democracia e cidadania multifacetadas e multipolarizadas. Segundo a

lógica da conjuntura democrática, cidadã e globalizada, a participação social é uma necessidade fundamental do ser humano e sua ausência cria e recria antagonismos espaciais, degenerando-se em violência tanto na esfera pública quanto na privada.

O ideal democrático requer cidadãos conscientes e atentos à coisa pública, informados sobre os acontecimentos e capazes de optar entre as alternativas oferecidas pelas forças sociopolíticas. Contudo, a participação não se resume apenas na escolha dos representantes, mas na participação que deve ser compreendida como democratização da sociedade. (GUERRA, 2012, p. 44).

Ao considerar a cidadania como um imprescindível fator para gerar a inclusão social e para combater a desigualdade, percebe-se que, quanto à relação desta com a participação popular na concepção de um Estado Democrático de Direito, a democracia não deve ser compendiada a um regime político com partidos e eleições livres, mas entendida como uma forma de existência social. Nessa perspectiva, uma sociedade democrática é aberta e sempre possibilita a criação de novos direitos, permitindo a validação de uma nova concepção de cidadania, sem originar prejuízo aos recursos democráticos habituais, por meio de novos mecanismos de acesso da sociedade à condução do poder público.

Vieira, O. (1995) define a cidadania pelos princípios da democracia e do pluralismo político fundamentada na criação de espaços sociais de canalização do conflito e da luta (movimentos sociais) e na definição de instituições permanentes de expressão política (partidos, órgão públicos), constituindo conquista e materialização social e política.

Seguindo essa lógica, o direito ao voto contempla a necessidade do desenvolvimento linear, inserido como fonte de integração social, de justiça e de igualdade, que possibilita também o acesso às políticas públicas sociais como as de saúde, habitação, educação entre outras e quando impedidos podem acessar seus representantes políticos no intuito de que haja o reconhecimento do direito na prática. Portanto, ele é capaz de produzir uma ação inclusiva de um sujeito no conjunto social, instituindo-se na forma mais adequada de enfrentamento das ações de exclusão, além de denotar os direitos dos cidadãos enquanto indivíduos de um Estado nacional democrático.

Quanto à participação do indivíduo migrante na vida pública, é possível fazer alusão ao pensamento de Arendt (2009), que considera essa participação capaz de possibilitar a ação, iniciar e conduzir, supondo a capacidade humana de julgamento. No entanto, o arcabouço político-jurídico que abrevia a participação do indivíduo na vida pública, por meio também do critério da cidadania, consente que o homem se refugie “[...] num interior onde, na melhor das hipóteses, é possível a reflexão, mas não a ação e a mudança [...]” (ARENDT, 2009, p. 160).

No Brasil, os textos legislativos também concebem a nacionalidade como um pressuposto da cidadania política – com algumas exceções já citadas. Contudo, o país tende a adotar novos debates a respeito da participação dos estrangeiros nos assuntos políticos da comunidade cívica, perante as modernas formas de problematizar as relações entre cidadania e nacionalidade no Brasil. Nesse intuito, foi elaborada uma Proposta de Emenda à Constituição n. 25/2012, em discussão no Senado Federal brasileiro desde o dia 15 de fevereiro de 2012; a Proposta se apresenta como um contraponto às regras legislativas vigentes, propondo introduzir mudanças na constituição brasileira que permitiriam conceder o direito de voto e candidatura a vereador para as eleições municipais a todos os estrangeiros com residência permanente no país, legalmente domiciliados há mais de cinco anos e que tenham mais de dezesseis anos, independentemente da sua nacionalidade. A ementa da Proposta de Emenda à Constituição está formulada nos seguintes termos:

Explicação da Ementa: Altera o art. 5º da Constituição Federal para estender a todo estrangeiro os direitos inerentes aos brasileiros. Altera os arts. 12 e 14 para conferir aos estrangeiros com residência permanente no País capacidade eleitoral ativa e passiva nas eleições municipais. (BRASIL, 2012).

Tal proposta de lei passaria pela modificação no artigo 12, inciso II, parágrafo 1, da Constituição Federal de 1988, que estabelece que somente os portugueses podem gozar dos mesmos direitos cívicos dos brasileiros. Essa lei ainda está sendo discutida pelo Senado brasileiro (BRASIL, 1988). Para Corde (2016, p. 14):

[...] As fronteiras entre cidadão/nacional/estrangeiro/não nacional não se encontram fundamentalmente problematizadas, mesmo quando se questiona a nacionalidade como pressuposto da cidadania, porque elas são concebidas como evidentes, como axiomáticas para pensar o (bom) funcionamento da vida social dentro do Brasil.

O autor defende que o debate legislativo pode ser analisado, antes de tudo, como reflexos da ambiguidade e da complexidade das mudanças de posicionamento adotadas pelo Estado-nação brasileiro frente aos fenômenos migratórios (quer isso aconteça no domínio cultural, histórico, político, social ou jurídico entre outros). Ocupa-se de modificar algumas representações desses fenômenos para tornar aceitável, social e nacionalmente, a ideia de que um indivíduo cuja nacionalidade não seja a do país no qual ele reside possa ser considerado parcial e condicionalmente como membro da comunidade nacional desse país e, dessa forma, participarativamente da vida política pública nacional. No entanto, não se trata de problematizar os embasamentos de uma distinção entre nacionais e não nacionais, dividida

entre cidadão e estrangeiro, imaginada como expressão da “ordem natural das coisas”. Não se apresenta como contestação frontal de uma ordem nacional, mas sim da abertura de um espaço para que a distinção nacionais/não-nacionais não retalhe essencialmente a separação dicotômica instituída juridicamente entre cidadão e estrangeiro (CORDE, 2016).

Nos processos que envolvem a migração internacional, o direito ao voto tornou-se uma demanda repetida e uma bandeira de luta; esse ato consiste em uma das formas mais visíveis da participação política dos migrantes nas sociedades, indistintamente de origem e destino. Mesmo que o voto não assegure o direito e a inclusão e também não seja a única expressão de participação política, mas constitui-se uma das formas mais simples e direta, que não envolve um exercício político permanente, sendo, portanto, mais universal e menos exigente. Essa participação estabelece a confirmação de cidadão. Isso significa, para o migrante, manter-se como membro político em sua comunidade de origem, dando ao referido direito outro sentido, que ultrapassa o ato de votar em si.

Observe-se este discurso construído por um dos participantes desta pesquisa:

E aí vêm as questões de xenofobia, de racismo, então existem essas dificuldades deles quando chegam aqui começar a ver a questão da legislação brasileira eu sempre falo que o Brasil vem construindo uma política migratória que para mim é como um chapéu, um guarda-chuva ela engloba a vontade que o governo tem de construir a política migratória quando se fala em política migratória se pensa, no que o Governo está fazendo. (Cegonha)

Esse discurso envolve circunstâncias tanto do contexto imediato como do contexto sócio histórico e ideológico no qual é produzido. É possível afirmar que a escolha feita pelo participante para dizer o que diz não é aleatória e comprehende as condições de produção do discurso. As questões que envolvem a construção de uma política migratória no Brasil, na fala dessa interlocutora ocorre de maneira semelhante às dos demais discursos. No entanto, ao se referir à vontade do governo em construir a política migratória e às ações para que se efetive, há um espaço contraditório, pois percebe-se que ao longo dos anos não houve esforços concretos, da parte do governo, para consumar as medidas em relação aos fluxos migratórios no país. Ao contrário, os poucos avanços que se notaram partiram da iniciativa e pressão por parte da sociedade civil, que, entretanto, tornaram-se mais visíveis a partir da onda migratória haitiana, entre os anos de 2010 e 2012, fazendo do país um *boom* imaginário, ocasionado pelas mudanças da macroestrutura conjuntural nas áreas de infraestrutura, construção tecnológica, inovação e serviços que se tornaram atrativos para que migrantes estrangeiros que sonham com oportunidade de uma vida melhor viessem para o Brasil. Tal contexto é

revisitado no discurso abaixo:

Os imigrantes haitianos vieram e ascenderam esse problema [...]. Acredito que este momento de migração neste ciclo está sendo importante para a política internacional do País, com esses acontecimentos, que precisou fazer uma revisão da legislação e criou o “visto permanente por razões humanitárias” para regularizar a situação dos haitianos que chegaram no Brasil depois do terremoto. Antes o Brasil tinha apenas o visto para refugiados, para acolher pessoas perseguidas por razões políticas ou religiosas. (Pelícano)

O bom momento econômico-histórico, que havia muito tempo o país não vivenciava, tendo em vista os períodos de crise e recessão sucessivas por que passara, deu visibilidade global ao território; contudo, a chegada de migrantes internacionais gerou uma crise devido à falta de preparo dos agentes públicos e à defasagem da legislação migratória vigorante. Assim, o governo sentiu-se pressionado e iniciou novos debates acerca dos fluxos migratórios no Brasil e da necessidade de rever a legislação, que culminou na aprovação da Nova Lei de Migração.

No contexto histórico já mencionado, o tema da migração internacional adquire relevo, abrange todos os ingredientes contemporâneos numa disputa política entre as distintas matrizes ideológicas abarcadas no debate e navega num mar de avanços tímidos, com períodos de paralisação e retrocessos. Para o Brasil, há de se considerar a experiência internacional, com destaque de alguns pontos que parecem fundamentais e deveriam ser levados em consideração, afim de efetivar na prática a legislação migratória do país: a ineficácia das políticas seletivas; o papel da migração como instrumento de reposição e/ou complementação da força de trabalho nacional; e a importância que ganha a dimensão da garantia dos direitos dos migrantes. Destarte, olhar para melhores práticas pode amparar o país no empate dos desafios apresentados pelas diferentes facetas da questão migratória.

2.3.1 Percursos da Nova Lei de Migração (Lei n. 13.445/2017)

A Lei de Migração, estabelece novas diretrizes para as políticas do setor e, com isso, trouxe à tona desafios para a administração pública. Mudanças na estrutura dos órgãos governamentais e na prestação de serviços são esperadas. Entre os princípios da lei, estão a garantia ao imigrante de condição de igualdade com os nacionais, inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade e acesso aos serviços públicos de saúde, educação entre outros, bem como registro da documentação que permite ingresso no

mercado de trabalho e direito à previdência social.

O debate político acerca da legislação migratória brasileira, especialmente a Nova Lei de Migração, ganhou força entre os vários grupos de interesse no tema, à medida que amadurece a percepção de que o Estatuto do Estrangeiro não satisfazia aos valores e aos interesses da sociedade brasileira inserida no contexto global.

Na história do Brasil como país receptor de migrantes, é possível observar os períodos de alternância, ora marcados pela intensificação do fluxo migratório, ora pela diminuição desse fluxo. Ainda que a população brasileira tenha se tornado dez vezes maior que aquela existente no início do século XX, o contingente de migrantes no território brasileiro equivale a menos da metade do existente nos anos de 1900. De acordo com a estimativa da Polícia Federal, chega a pouco mais de 1,8 milhão de migrantes regulares. Apesar do crescimento do fluxo migratório nos últimos anos, o Brasil permanece como um dos mais baixos do mundo.

Segundo Collier (2013) e Hirschman (2005), a migração coopera para inovar e dinamizar as economias no globo. Países com políticas migratórias progressistas estão se valendo das capacidades dos migrantes para unir forças rumo ao desenvolvimento e crescimento. Ressaltam-se os inúmeros benefícios dos efeitos econômicos, sociais e culturais, com a troca de conhecimento e técnica advindos da coabitação do nacional com o estrangeiro. Estudos indicam que os países como exemplo Portugal e Canadá, acolhedores de migrantes alcançam progressos, sob a ótica da competitividade, da inovação, do crescimento econômico e da distribuição de renda. Na perspectiva sociocultural, a presença do migrante na sociedade suscita a diversidade humana e cultural, e promove o diálogo da nação com o mundo exterior cada vez mais globalizado. Essa presença também é capaz de atrair empresas estrangeiras que viabilizam a introdução de novas tecnologias, ou mesmo favorecem a exportação de produtos nacionais. Desse modo, o ordenamento jurídico que rege a entrada, a estada e a saída dos migrantes apresenta-se como dimensão de análise efetiva para verificar o nível de receptividade da sociedade ao estrangeiro.

Após sucessivos adiamentos, a Comissão de Relações Exteriores do Senado Federal aprovou, em 21 de maio de 2015, o Projeto de Lei do Senado n. 288/2013, afim de alavancar a aprovação da nova Lei de Migrações no Brasil, elaborado em conjunto com o Ministério da Justiça e que usou propostas do anteprojeto de lei elaborado por uma comissão (BRASIL, 2013d). No dia 6 de junho de 2016, a Câmara dos Deputados a colocou em pauta, porém houve pedido de vistas e, mais uma vez, a sociedade teve que esperar para presenciar esse momento histórico no âmbito das migrações, pois o Projeto de Lei do Senado n. 288/2013 visava substituir o Estatuto do Estrangeiro (Lei n. 6.815/1980), legislação que estava em

completo descompasso com a atual Constituição Federal de 1988 e que também era avessa à realidade migratória no Brasil. Adicionalmente, o texto do Projeto de Lei n. 2.516/2015, em substituição ao Projeto de Lei do Senado n. 288/2013, alterava a interpretação brasileira relacionada aos direitos e deveres que competem às pessoas de outros países que queiram viver no Brasil, bem como o avanço na nomenclatura, substituindo o termo estrangeiro, que vigorava desde a época da ditadura militar, para migrante.

O comentário que vem a seguir, feito, em entrevista, por um participante da pesquisa, compatibiliza-se com o contexto político explicitado no parágrafo anterior:

[...] a nova lei sobre a migração que agora tá acontecendo [...] tá havendo uma certa pressão para aprovação [...]. Eu acho que não vai mudar muita coisa com esse presidente nós temos muito medo que as coisas desandem [...] é um projeto de lei que devia ser aprovado como está porque o fenômeno migratório é muito dinâmico então sempre tem alguma coisa pra mudar [...] mas contempla a maioria não podemos ser muito específicos, porque nós precisamos pensar na maioria. (Araçari)

[...] se não tiver a participação da população em geral não vai ser aprovada [...] nós não estamos num momento de coisas públicas e sim no momento jurídico nesse momento eu acredito que a situação política em relação ao migrante no Brasil é muito complicada. (Araçari)

Esse discurso desvela dúvidas em relação à decisão política atual referente à Nova Lei de Migração. Reforça, por outro lado, o posicionamento de Mincato (2012, p. 83), quando concebe que política pública “[...] são todas as decisões políticas que afetam assuntos e questões de interesse público [...]” e ressalta que, no campo da política, tomar decisões ou decidir não fazer nada diante dos problemas que emergem, sejam eles econômicos, sociais, ambientais ou políticos, ainda assim, é uma decisão política.

Esse tema da Nova Lei de Migração passou a ser incluído no contexto da proteção internacional dos direitos humanos, mediante a incorporação consolidada na visão contemporânea marcada pela universalidade, pela indivisibilidade e pela interdependência. O texto dessa nova lei estabelecia os direitos e deveres do migrante e do visitante, regulava a entrada e estada no Brasil e estabelecia princípios e diretrizes sobre as políticas públicas direcionadas a esses grupos.

Vejam-se, a seguir, outros discursos de entrevistados, concernentes à aprovação da Nova Lei de Migração:

A lei é um grande avanço apesar de alguns pontos que se confundem e ultrapassados principalmente na parte administrativa, multas concessões e delitos, que você poderia arrumar esse texto, mas que com certeza isso foi

colocado por pessoas com mentalidades inferiores dentro dos grupos que defendem o seu ponto de vista como no caso da polícia, mas o nosso posicionamento diante de tudo isso temos que aprovar assim não podemos esperar 30 anos mais. (Biguá)

A nova lei é um avanço muito importante, porque ela vai criar caminhos efetivos e simplificar a regularização, então nós poderemos avançar na garantia dos direitos e também na efetivação dos processos legais para a população migrante. Mas infelizmente ainda existe resistência por parte até do governo [...] tem pessoas que são a favor e contrários. Mas é um começo né? Na verdade, um recomeço, principalmente que nessa lei tem muitos pontos comuns dos direitos humanos. (Maçarico)

As falas referentes ao tema da aprovação da Nova Lei de Migração estão atravessados por alguns pontos em comum: i) a resistência do governo e o momento político-jurídico adverso instaurado no país; ii) a descrença em relação à efetivação da lei, mesmo com sua aprovação; iii) a construção da lei pautada nos direitos humanos e; iv) a necessidade de aprovar a lei mesmo com questões desatualizadas. Outros pontos aparecem de forma isolada, como a lei como orientação filosófica e jurídica e a integração do migrante à sociedade de maneira efetiva.

Quanto ao primeiro aspecto identificado nas falas dos participantes – a resistência do governo para aprovar a lei de migração e o momento político-jurídico adverso instaurado no país –, é decorrente do momento histórico em que as entrevistas foram realizadas. Nesse período, o país vivenciava uma crise política que provocou a mudança de governo por meio do *impeachment* do presidente. A lei chegou ao plenário do Senado Federal no dia 6 de julho de 2016, dias que antecediam a posse do vice-presidente, reconhecidamente avesso às políticas públicas sociais que beneficiam a população; em meio a esse conturbado período, os senadores inviabilizavam todo e qualquer projeto apoiado pela base governamental, até então conduzida pelo Partido dos Trabalhadores. Tal fato causou preocupação nos grupos defensores da causa migratória, que decidiram solicitar a retirada do projeto de lei, afim de aguardar um momento oportuno para colocá-la novamente em pauta. Nesse mar de incertezas, os discursos dos sujeitos foram produzidos em condições determinadas num contexto histórico social fundamental, na construção dos sentidos manifestados nas enunciações.

O sentimento de desconfiança quanto à efetivação da lei migratória, mesmo com sua sanção presidencial, foi manifestado pelos participantes, tendo em vista os desafios que serão enfrentados com relação a vários artigos da nova lei que devem ser regulamentados para se tornarem eficazes. Isso significa que, uma vez que a Nova Lei de Migração entre em vigência, ainda será necessária uma longa batalha para que as regulamentações sejam aprovadas.

A necessidade de aprovar a lei naquele momento, mesmo que alguns itens fossem considerados desatualizados, referia-se à urgência de inovar no campo das migrações, pois, apesar de o texto não ser avaliado como ideal, existem mudanças que atendem à maioria dos migrantes no Brasil, a começar com título da lei (Lei da Migração). A palavra “estrangeiro”, que aparecia no título da lei anterior (Estatuto do Estrangeiro), em sua origem, soa de forma estranha, para alguns, uma vez que sugere o sentido de repulsa e hostilidade. A Nova Lei de Migração adequa-se à Constituição Federal de 1988, que determina tratamento igualitário a brasileiros e às pessoas vindas de fora. Nesse sentido, a lei institui o repúdio à xenofobia, ao racismo e a outras formas de discriminação, além de garantir o acesso às políticas públicas. Outro ponto que deve ser destacado é que a nova Lei pauta-se pelo princípio da não criminalização da migração o que, na prática, significa garantir o acesso à assistência jurídica e ao devido processo legal.

Claro (2015), por meio de uma análise normativa histórica, identificou a influência e os reflexos políticos das migrações de e para o Brasil, no direito e na política brasileira. Desde o século XIX foram reconhecidas 287 normas jurídicas, entre constituições, leis, decretos, portarias e resoluções sobre migrações. O período com maior número de normas e matérias relacionadas às migrações foi, até então, a segunda metade do século XX, com 109 normas (em contraposição às 40 da primeira metade do século), condição já ultrapassada na primeira década do século XXI, que já produziram 132 normas jurídicas sobre o tema migratório, a maioria delas em forma de resoluções e portarias de órgãos colegiados.

A reforma migratória proposta pelo Projeto de Lei n. 5.655/2009, pelo Projeto de Lei do Senado n. 288/2013, e pela Proposta da Comissão de Especialistas do Ministério de Justiça, em substituição às anteriores, o Projeto de Lei n. 2.516/2015 demonstra quão relevante as migrações internacionais são para o país e como as políticas nacionais, em conjunção com a política internacional, têm feito crescer o tema em importância na esfera jurídica.

O aspecto mais relevante na construção da nova lei migratória, conforme apontado nos discursos, refere-se ao avanço em direção à proteção dos Direitos Humanos de migrantes no Brasil:

Acredito que a lei estando baseada nos direitos humanos se aprovarem já é um grande passo. [...] vai facilitar simplificar a regularização para retirar os documentos, e aí os estrangeiros vão se integrar mais rápido à sociedade. A solução desse problema precisa avançar nesta legislação porque é uma realidade mundial temos que nos adequar não vai parar aqui, porque vai vir muitos outros. (Pelícano)

Na nova Lei, grande parte do enunciado tem muito a ver com os direitos humanos, para mim a lei é uma orientação filosófica e jurídica [...]. Então, a primeira parte sobre direitos humanos se nos atende. (Biguá)

Na verdade, a nova lei é um recomeço, principalmente que nessa lei tem muitos pontos comuns dos direitos humanos. Que vai melhorar muito a condição de regularidade dos migrantes. (Maçarico)

Diversos autores corroboram a importância de um olhar e um debate amplo acerca das migrações internacionais com a análise do impacto dos fluxos e o tratamento dispensado às pessoas que estão em situação de extrema vulnerabilidade, ressaltando a urgência em reverter a tendência dos países que adotam políticas e legislações restritivas em nome dos direitos humanos e que consideram o migrante como uma ameaça (ARRUDA, 2013; COSTA; REUSCH, 2016; FARIA, 2015; GALINDO, 2015; NOLL, 2010). A situação do migrante clama por intervenção e promoção de medidas que garantam o respeito aos seus direitos fundamentais, e criem condições para uma vida digna e plena. Mostra-se necessário que os direitos humanos possuam máxima efetividade, afim de que valores como a paz, a igualdade e a dignidade de todos os seres humanos sejam recuperados.

No cenário das migrações contemporâneas, falar de direitos humanos supõe enfrentar desafios com relação a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1948) (BRASIL, 2013c). No período em que foi construído, esse documento se alicerçou na “geopolítica de acumulação capitalista baseada na inclusão”, política que teve base no chamado Estado de bem-estar (pacto entre capital e trabalho com o Estado que serviu de garantia e árbitro da distribuição da riqueza). Destarte, na década de 1970 até os dias atuais, grande parte desse edifício desmoronou, motivado pela extensão global de uma “geopolítica de acumulação capitalista baseada na exclusão” denominada neoliberalismo – desregulamentação dos mercados, dos fluxos financeiros e da organização do trabalho, com a consequente erosão das funções do Estado, decorrente da crise de acumulação do capital.

A fase de inclusão, marcada pela compreensão de que direitos são barreiras contra os “desastres” (efeitos não intencionais da ação intencional) – caracterizada pelas produções do mercado. Já na fase de exclusão, o mercado dita as normas, consentindo, especialmente às grandes corporações transnacionais, superar as “externalidades” e os impedimentos que os direitos e instituições democráticas opõem ao desenvolvimento global e total do mercado capitalista (FLORES, 2002; PIOVESAN, 2013).

As migrações alicerçadas nos direitos humanos têm a intenção de garantir a proteção de pessoas migrantes; os países se servem de tratados, pactos ou convenções internacionais por meio dos quais se comprometem a cumprir os princípios que garantam os Direitos

Humanos no processo de mobilidade mundial, seja qual for a motivação e natureza. Embora haja o reconhecimento da premissa básica de proteção pelos Estados-parte, ainda se observam violações dos Direitos Humanos aos migrantes transnacionais, como dificuldades de acesso às políticas públicas. Nesse sentido, sabe-se que o Brasil, tanto quanto outros países, está pouco preparado para atender o migrante e ajudar a inserir-se e ter acesso à saúde, educação e assistência social. Esses seriam fatores que deveriam motivar a aprovação de uma nova legislação, que, embora não garantam, por si só, total amparo aos migrantes, constituem um passo basilar para o início de uma transformação que vise diminuir as violações inseridas no contexto migratório no país.

[...] Como vem afirmando a teoria social contemporânea – se queremos abordar com “realismo” os fluxos migratórios e, com eles, os temas suscitados pelo contato entre culturas –, devemos encarar o fenômeno a partir de três reconhecimentos: 1) o mundo mostra-se caracterizado por desequilíbrios profundos, como pode ser visto no tema das liberdades civis e, também, nos direitos sociais, econômicos e culturais; 2) as fronteiras, sobretudo as fronteiras-fortalezas, são mecanismos essenciais para manter as desigualdades entre nações e; 3) o controle das fronteiras representa a linha crítica de divisão entre o mundo desenvolvido, “o centro” e as periferias econômicas, crescentemente subordinadas. (FLORES, 2002, p. 26).

Atrelados a essas questões, consideram-se, ainda, outros fatores que violam Direitos Humanos dos Migrantes, dentre eles o preconceito contra essas pessoas, que levam cidadãos nativos a manifestarem-se desta forma: “[...] esses migrantes vêm para tirar nosso emprego, usar nossas políticas públicas [...]”, a tratar o migrante como um “outro”, não merecedor dos mesmos direitos enquanto pessoa humana; tal situação de discriminação e xenofobismo é agravada pela fragilidade legal, visto que “[...] o único regime de proteção que efetivamente existe atualmente é o do Direito Internacional de Refugiados [...]”, significa que esse contingente de pessoas em processo de mobilidade está à mercê da provocação ou da vontade política de cada Estado (JUBILUT; MADUREIRA, 2014, p. 12).

Na análise dos componentes constantes nos discursos dos participantes desta pesquisa, referentes aos direitos políticos e humanos conquistados, em parte, na Nova Lei de Migração (Lei n. 13.445/2017), pode-se resgatar o pensamento de Marx (2010), em *Sobre a Questão Judaica* (1844). Nessa obra, o autor expressa uma crítica às limitações próprias da emancipação política, que se estendem, inclusive, ao direito de forma geral. A abordagem evidencia a perspectiva materialista histórica que permite o enfrentamento ao desrespeito dos direitos civis e políticos dos judeus na Alemanha do século XIX, como uma profunda crítica à sociedade capitalista. Também é possível constatar a relação entre a emancipação política e a

emancipação humana, sendo a primeira caracterizada pela liberdade limitada e parcial, e a segunda pela liberdade real e plena. A crítica estabelecida pelo autor traz à tona o debate da relação entre a emancipação política e a emancipação humana, que ajuda a esclarecer o papel do Estado, da sociedade civil e do direito e torna-se imprescindível no debate atual dos direitos humanos, uma vez que os considerou pressupostos a qualquer pretensão civilizatória, sem deixar de lado as matrizes filosóficas e ideológicas que fundamentam esses direitos. Primeiramente, o autor aborda os direitos humanos como direitos políticos, exercidos exclusivamente, na prática, em comunidade e por mediação do Estado político. Como exemplo, o autor destaca alguns artigos sobre a liberdade religiosa e conclui o ser humano deve ser emancipado independente da religião a que pertence ou da religião proclamada oficial pelo Estado.

O segundo aspecto de análise dos direitos humanos incide na diferença e na contradição entre os direitos da pessoa e os direitos do cidadão. Ressalta, naquele momento, que nenhum dos chamados direitos humanos (sociedade burguesa) ultrapassa, portanto, o egoísmo do homem, do homem como membro da sociedade burguesa, ou seja, do indivíduo voltado para si mesmo, para seu interesse particular, em sua arbitrariedade privada e dissociado da comunidade; já os direitos do cidadão do Estado político só são atributos de alguns direitos imaginários. Assim, Marx (2010) defende a emancipação humana como uma construção de uma práxis concreta, capaz de libertar o homem.

Só quando o homem individual retorna em si o cidadão abstrato e, como homem individual – na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas suas relações individuais – se tornou ser genérico; só quando o homem reconheceu e organizou as suas forças próprias como forças sociais e, portanto, não separa mais de si a força social na figura da força política – [é] só então [que] está consumada a emancipação humana (MARX, 2009, p. 72).

Para Marx (2009), apenas a emancipação humana pode alcançar o horizonte da integralidade do ser humano. E, no caso da defesa dos direitos humanos, estes recebem seu melhor sentido quando exigem mais do que o aperfeiçoamento jurídico-político da sociedade, isto é, quando exigem mudanças sociais justas nas quais o fim maior é a emancipação humana.

O *Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de L'homme* (2006), em documento referente aos direitos dos não cidadãos, afirma que os imigrantes são protegidos pelo Direito Internacional dos Direitos Humanos. Os Estados estão orientados, especialmente em razão do princípio de não discriminação, a respeitar os direitos humanos dos migrantes,

inclusive daqueles em situação irregular. Além disso, os Estados são responsáveis por todas as pessoas que se encontram em seu território, sejam elas nacionais ou não⁸, o que exige garantir condições de realização, respeito e proteção dos direitos humanos dos migrantes, incluindo os direitos econômicos, sociais e culturais, tais como o direito à saúde, à educação, à moradia e ao trabalho, dentre outros, que se refletem na garantia do acesso dos migrantes aos serviços públicos essenciais. Em decorrência dessas responsabilidades atribuídas ao Estado, os direitos humanos devem ser parte integrante das políticas e do marco normativo migratório, conforme destaca o *Global Migration Group* (2008, p. 99, tradução nossa):

Os direitos humanos não são uma questão de escolha, mas uma obrigação legal decorrente de tratados internacionais, que obrigam todos os governos que lhes ratificaram. Os direitos humanos deveriam, portanto, ser uma dimensão integral do desenho, implementação, monitoramento e avaliação das políticas e programas migratórios [...].⁹

Pode-se entender, com base nos discursos produzidos pelos entrevistados nesta pesquisa, que há esperança de que os direitos sejam realmente efetivados aos migrantes, com a Nova Lei de Migração (Lei n. 13.445/2017), pois as perspectivas se mostram positivas com a preservação e garantia da dignidade do migrante como pessoa:

[...] e depois com a Nova Lei da [sic] Migração pode melhorar porque ela está embasada nos direitos humanos, mas alguns critérios algumas reflexões que se fazem sobre isso o cenário político isso tudo que nós estamos passando não sei até que ponto será possível aprovar a nova lei e temos medo de que vá tudo por água abaixo com esse governo tudo que já foi construído se desfaça no Brasil. (Cegonha)

A nova lei precisa ser aprovada e precisa gerenciar a questão da entrada de uma maneira diferente não negando porque não vai impedir a entrada igualmente faz é piorar [...] é facilitar a clandestinidade a burlar a lei. (Canário)

É importante ressaltar que uma legislação migratória restritiva não impede que as pessoas cruzem as fronteiras, assim como não determina quantas pessoas deixarão de entrar no território, mas quantas permanecerão em situação irregular, visto que o Brasil possuiu

⁸ Conforme artigo 2, item 1, do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, estabelecido pelo Decreto n. 592, de 6 de julho de 1992: “1. Os Estados Partes do presente pacto comprometem-se a respeitar e garantir a todos os indivíduos que se achem em seu território e que estejam sujeitos a sua jurisdição os direitos reconhecidos no presente Pacto, sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer condição.” (BRASIL, 1992).

⁹ “Human rights are not a matter of choice, but are legal obligations under international treaties which bind all governments that have accepted them. Human rights should, therefore, be an integral dimension of the design, implementation, monitoring and evaluation of migration policies and programmes [...].”

peculiaridades fronteiriças, devido à sua extensão de 23.102 km de fronteiras – 15.735 km terrestres e 7.367 km marítimas (PENA, 2017). Essa realidade acaba por favorecer - sem embargos, apenas com pontuais fiscalizações – o fluxo de pessoas entre os países vizinhos; contudo, porque os processos de documentação são realizados na Polícia Federal, o acesso dos migrantes se torna mais difícil por diversos motivos, sobretudo por causa do temor às ações policiais.

A Nova Lei de Migração institui a promoção da entrada regular e da regularização documental. Essas medidas constituem avanços dos direitos expropriados dos migrantes, uma vez que há que se oferecerem condições concretas para que os imigrantes obtenham os documentos certos, em lugar de papéis de difícil obtenção. Promover o direito à documentação compõe, dentre outros direitos, o do acesso fundamental a uma vida digna, um direito em si e, também, um direito instrumental que viabiliza outros direitos como a cidadania, o direito ao trabalho e facilita o acesso aos serviços de saúde, visto que o documento de regularização descomplica o atendimento, devido a falta de informação dos trabalhadores deste setor, que acreditam erroneamente ser imprescindível um documento do Brasil para a efetivação do atendimento. Torna-se, portanto, de grande relevância que se construa uma “cultura dos direitos” que recorra, em seu bojo, à universalidade das garantias e ao respeito pelo diferente.

A fala seguinte também faz referência a questões como a necessidade de documentação, a não criminalização e legalidade; quanto se trate de temas já discutidos, na análise desta fala, chama a atenção à menção que o entrevistado faz a “propaganda enganosa” e “país de portas abertas”:

A lei precisa tratar o migrante como cidadão e não como criminoso porque a palavra “indocumentado”, parece que estão falando de alguém que cometeu um crime. Então legalizar estas pessoas é importante para que elas possam ter uma vida digna. Na verdade, existe umas coisas que não aparecem, como uma propaganda enganosa, dizem país de portas abertas. Né? (Andorinha)

A imagem do Brasil como um país de portas abertas à migração internacional pode ser facilmente confrontada e contraditada pelo histórico da legislação migratória no país, que ilustra justamente a seletividade e as restrições ao ingresso de determinados migrantes, ao longo de toda a sua história. Farena (2012) corrobora essa abordagem enfatizando que, ainda que se divulgue que o Brasil seja um país aberto aos estrangeiros, como poucos no mundo, onde prevalece a tolerância e o espírito de acolhida, o país da tolerância é um mito, tal como a ideia de Paraíso racial, tendo em vista que, infelizmente, no Brasil o migrante sofreu e ainda

sofre discriminações que violam seus direitos fundamentais, situação que não difere da maioria dos países do globo terrestre.

Atualmente esse cenário ficou mais visível, pois à medida que se travavam as lutas pelo reconhecimento dos migrantes e pela aprovação da Nova Lei de Migração foram-se constando diversos obstáculos, observados na prática, fazendo emergir a ideia de que a imagem do brasileiro como um sujeito acolhedor não passa de uma ilusão, possivelmente influenciada pelos sucessivos ataques terroristas na Europa e pelo agravamento da crise política e econômica no país. Nesse sentido, leve-se em conta, por exemplo, os recentes manifestos contra a aprovação da legislação, recheados de discriminação, xenofobia, falta de informações e confronto violento que terminou com a prisão de migrantes que se defendiam da selvageria implacável dos nacionais.

A aprovação dessa lei tem um valor adicional, especialmente para a inserção desta população nas políticas públicas, pois se dá em um momento de grave crise humanitária. A comissão especial fez um trabalho intenso, extenso e profundo ao longo de meses, ouvindo migrantes e entidades, com o objetivo de alcançar um novo paradigma migratório para o Brasil. Destarte, é necessário que rivalidades institucionais e preconceitos memoriais sejam superados, a fim de que o país se torne referência em matéria de mobilidade humana, considerada parte importante da cultura e do desenvolvimento econômico da nação.

2.4 QUEM SÃO E DE ONDE VÊM?

No novo milênio, houve uma turbulência imigratória no Brasil, que passou a reforçar a necessidade de reflexão e realização de um balanço, visando conhecer e incorporar novas evidências sobre a inserção do Brasil nos movimentos migratórios internacionais. A crescente importância das migrações internacionais no contexto brasileiro atesta sua diversidade, significados e implicações, que refletem na necessidade de reconhecer quem são e de onde vêm os migrantes que aqui aportam, a fim de estabelecer prioridades nas ações de atendimento a essa população, visto que possuem características econômicas, sociais, políticas, demográficas, culturais e de saúde peculiares.

Conhecer essas particularidades dos migrantes que aportam no Brasil implica também nos aspectos relacionados à saúde, pois, embora a migração não repercuta necessariamente como uma ameaça à saúde, ela pode aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos, considerando as diferentes características da população migrante e nativa, e dos próprios sistemas de saúde.

vigentes nos países e precisam ser pensados na elaboração e implementação de políticas de saúde para que seja adotada normas e práticas institucionais que visualizem essas vulnerabilidades e atendam às necessidades específicas desse segmento, de forma a garantir o direito ao acesso à saúde deste grupo

No que diz respeito à origem e características dos fluxos migratórios contemporâneos no Brasil, os participantes da pesquisa foram indagados sobre as nacionalidades dos migrantes que mais procuram atendimento nas instituições, e suas características que se constitui um dado informal a partir da prática cotidiana dos profissionais e até o momento que foi realizada a pesquisa, meados do ano de 2016. Nas falas evidenciou-se, majoritariamente, a migração de haitianos, seguida dos bolivianos e de migrantes oriundos dos países africanos em busca de refúgio; minoritariamente são apontados aqueles que vêm do oriente médio, especificamente os sírios:

São Paulo é um caldeirão, um termômetro do que acontece na migração no Brasil e vem gente de todos os países [...] eu atendi os primeiros haitianos, os bolivianos chegam todos os dias, Agora veio os Sírios, né os palestinos e agora uma leva de angolanos [...]. (Araçari)

Vem em primeiro lugar haitianos, vem bastante bolivianos e peruanos. Estamos também com duas pessoas da Venezuela, Equador. Os países da América do Sul, mas sem dúvida a maior leva, foi dos haitianos. (Garça)

[...] nós convivemos com migrantes principalmente da América Latina [...] depende muito do que está acontecendo no mundo atendemos senegaleses, haitianos, bolivianos, peruanos, angolanos. (Tesourinha)

[...] em Curitiba era a maior parte latinos então começamos acompanhar mais os paraguaios no ano de 2008 começamos a perceber a vinda de africanos Em 2010 com a chegada dos haitianos aí a coisa complicou a coisa explodiu. (Maçarico)

Por Porto Velho ser a maior cidade da região possui um fluxo migratório muito intenso [...] há muitos migrantes da América Latina, Peru, Equador, Colômbia, mas o que chamou muito atenção foram os haitianos [...]. (Pelicano)

[...] a migração da América Latina aqui na nossa região por exemplos bolivianos acabamos recebendo também o pessoal da Colômbia por questão da Guerrilha, agora da Venezuela, tem também os peruanos, as migrações do Senegal, dos africanos. (Canário)

Aqui o que impressionou foi a chegada dos haitianos, eles chamaram a atenção. (Andorinha)

É importante salientar que os participantes desta pesquisa localizam-se em regiões diferentes do país, fato que pode influenciar na indicação que fazem da origem dos migrantes, pelas facilidades geográficas e físicas do trajeto, considerando-se que o Brasil faz fronteiras

com dez países da América do Sul, a saber: Paraguai, Uruguai, Argentina, Bolívia, Peru, Colômbia, Venezuela, Guiana Suriname e Guiana Francesa; apenas dois países da América do Sul não fazem fronteira com o Brasil: o Chile e o Equador. A Figura 1 permite que se visualize essa situação geográfica.

FIGURA 1 - Mapa das fronteiras brasileiras



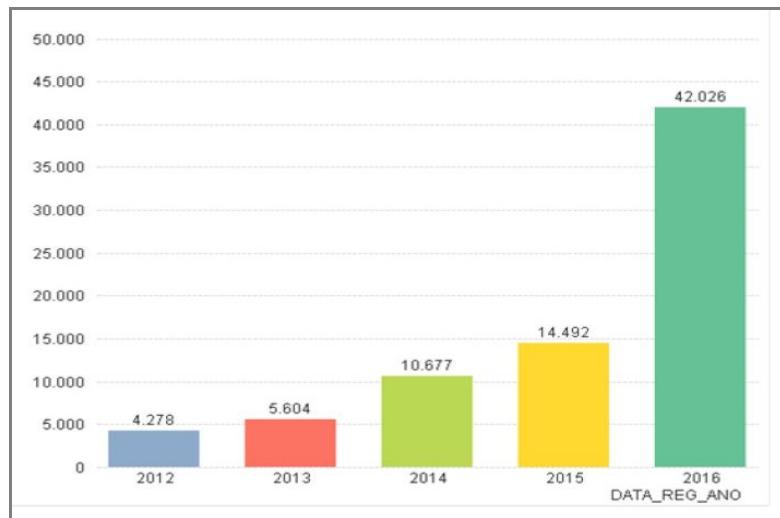
Fonte: Silveira (2013).

Constata-se que migrantes de diversas nacionalidades vêm ao Brasil à procura de melhores condições de vida e em particular nas regiões limítrofes, muitos atravessam a fronteira em busca de atendimento de saúde, devido aos serviços do SUS serem gratuitos, e tendo em vista que o país se mostrava uma potência econômica politicamente estável e com uma diplomacia abertamente desafiadora das políticas restritivas do Ocidente: cooperação Sul-Sul, militante da quebra de algumas patentes médicas (por razões humanitárias), protagonista da missão de paz no Timor e ator central da intervenção das Nações Unidas no Haiti. Nessa conjuntura, era de se esperar que o Brasil teria visibilidade na rota das migrações globalizadas. Entretanto, do início de 2010 a março de 2012, o fluxo de migrantes cresceu expressivamente, de forma inédita, com a chegada de 04 mil migrantes haitianos, aproximadamente, na região Norte (Acre e Amazonas) do país, evidenciando a limitação da capacidade de resposta legal e operacional nos níveis municipal, estadual e federal. Assim, a chegada dos haitianos provocou um grande impacto; mesmo não sendo eles, a maioria, sem dúvida, foram os mais visíveis e isso constituiu-se em um “evento crítico” na história

migratória brasileira (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2014; VERAN; NOAL; FAINSTAT, 2014).

Segundo Milesi (2016), conforme dados da Polícia Federal fornecidos ao CNIg, no período de 2012 a 2016 havia 73.077 haitianos registrados; esses registros estão demonstrados, ano a ano, no gráfico a seguir (FIGURA 2).

FIGURA 2 - Haitianos que se registram na Polícia Federal do Brasil no período de 2012-2016

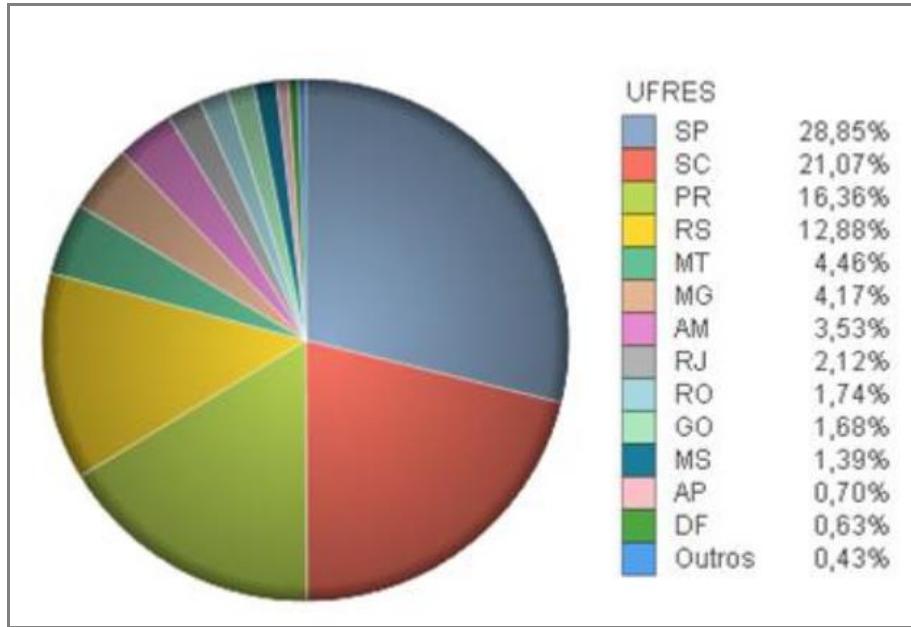


Fonte: Milesi (2016).

Outra informação fornecida pela Polícia Federal ao CNIg identifica os Estados nos quais os imigrantes haitianos se registraram. O gráfico seguinte permite a visualização desses dados (FIGURA 3).

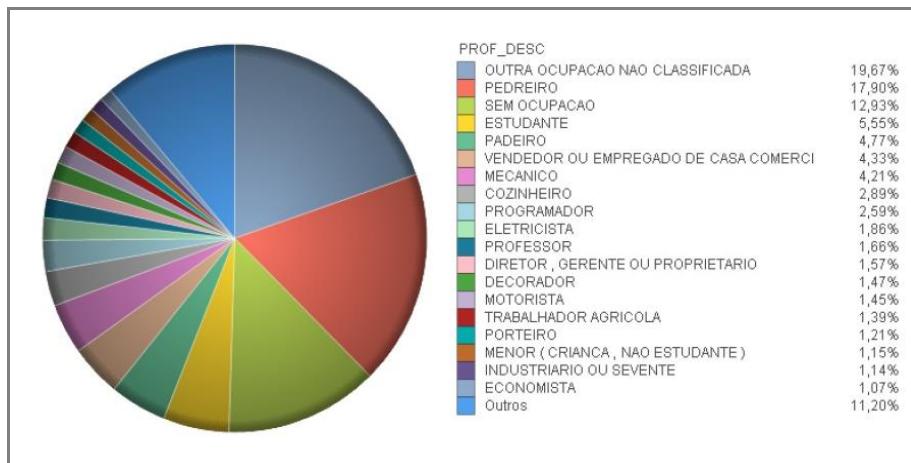
Com relação ao perfil dessa população, foram disponibilizados dois itens de informação: ocupação e estado civil, conforme se pode conferir no gráfico (FIGURA 4).

FIGURA 3 - Estados da Federação nos quais os haitianos se registraram na Polícia Federal do Brasil no período de 2012-2016



Fonte: Milesi (2016).

FIGURA 4 - Ocupação declarada pelos imigrantes ao se registrarem na Polícia Federal do Brasil no período de 2012-2016



Fonte: Milesi (2016).

É importante esclarecer que, dos registrados, 12,91% declararam-se sem ocupação. Contudo, considera-se que nesse total de registro estejam incluídos os membros familiares, ou seja, os filhos menores de idade, eventualmente a esposa que se ocupa do cuidado dos filhos, estudantes, bem como outros membros familiares que não se incluem no mercado de trabalho.

Estima-se que, além desses que estão devidamente registrados na Polícia Federal, há um número expressivo (cerca de 8.000 ou mais) que ainda possui o protocolo de solicitante de

refúgio¹⁰ e aguarda a publicação de seus nomes, pelos órgãos responsáveis pela autorização e concessão da residência permanente. É expressivo número de migrantes haitianos ainda estão na expectativa de uma publicação que lhes permita obter a residência permanente.

Essa situação de indefinição poderia ter sido sanada com a Nova Lei de Migração (Lei n. 13.445/2017), que previa a anistia e permissão de residência aos ingressados no país até o dia 6 de julho de 2016 e residentes, mesmo que irregularmente; contudo, como já mencionada, esse item foi vetado pelo presidente (BRASIL, 2017a). Desse modo, essa população permanece privada do acesso a muitos direitos.

A análise de determinados eventos discursivos dos participantes da pesquisa permite apontar para realidades sociopolíticas complexas, articulando escalas local, nacional e internacional. De fato, o caso dos haitianos configurou uma questão nacional, tanto pela complexidade da conjuntura quanto pela estratégia de resposta técnico-legal, além da forma com que o Estado apropriou-se da situação para enunciar uma excepcionalidade e reafirmar uma norma migratória: atribuir vistos “humanitários” aos haitianos já em solo brasileiro, focalizando, assim, a legitimidade internacional do Brasil, bem como sua “generosidade”, e tentar voltar a um regime restritivo de cotas para garantir uma migração de qualidade ou “escolhida”. Observe-se o modo como este participante concebeu a situação:

Foi uma situação inesperada, mas foi bom porque chamou a atenção para a questão migratória no Brasil e foi possível perceber que precisávamos avançar, tanto na legislação quanto no acolhimento. A igreja ficou com a maior responsabilidade principalmente na mediação entre os migrantes e o poder público, mas foi muito difícil. (Biguá)

O autor deste discurso faz referência à forma abrupta com que os haitianos adentraram o país, situação que causou espanto pela quantidade de pessoas que atravessaram a fronteira em um curto período de tempo. Outro aspecto relevante nesse caso se inscreve devido à falta de estrutura dos municípios nos quais os haitianos se instalaram inicialmente. Esse evento contribuiu para acender o alerta, aos atores públicos e à sociedade brasileira, acerca dos procedimentos legais e de acolhida necessários para resolver o “problema” migratório instalado. Ou seja, o caso haitiano cooperou positivamente para dar visibilidade aos migrantes invisíveis que escolheram o Brasil para viver, bem como destacou que somente o trabalho das instituições religiosas e filantrópicas não é suficiente para resolver todas as demandas dessa

¹⁰ Entre os anos de 2010 a 2015, das 82.894 solicitações de refúgio, mais da metade (48.371) foram de haitianos. No final de 2015, entretanto, a rota terrestre foi praticamente interrompida. A maioria dos haitianos passou a chegar via aérea, com vistos humanitários emitidos pela embaixada brasileira na capital do país, Porto Príncipe (PORTAL TERRA, 2016).

população, sendo necessário um posicionamento da parte do Estado, afim de gerenciar os processos cabíveis na garantia dos direitos no âmbito migratório.

Para Baeninger (2012), no decorrer dos últimos 20 anos outros movimentos migratórios (colombianos, bolivianos, paraguaios...) já desafiavam o dogma do controle dos fluxos no Brasil, porém, vastamente confinados à informalidade das relações entre países limítrofes, eles não haviam impactado as políticas públicas migratórias. Este fato é evidenciado no discurso abaixo, que afirma:

Os haitianos, ao contrário dos bolivianos, que chegam e vão direto para as oficinas e quanto mais invisíveis são melhor. Os haitianos foi o contrário quanto mais visibilidade eles tivessem melhor pra eles. (Araçari)

Esta fala foi construída a partir do contexto histórico social e dos aspectos que envolvem o lugar que a participante ocupa. Araçari possui uma longa experiência profissional no trabalho com os migrantes no Município e no estado de São Paulo, está engajada na causa e estabelece uma diferença entre os migrantes haitianos, que se deslocaram motivados por uma catástrofe ambiental que comoveu todo o mundo por sua extensão e magnitude, e os bolivianos, que constituem uma migração econômica, com invisibilidade pela falta de documentação e facilidades, em relação a um trabalho análogo ao escravo, que os acompanha historicamente, na região sudeste do país.

Os bolivianos se tornaram a segunda maior colônia de migrantes em São Paulo, ficando atrás apenas dos portugueses e desbancando os japoneses e italianos. A estatística aponta mais de 100 mil, segundo dados oficiais, porém estima-se que esse quantitativo seja muito maior, aproximando-se de 350.000, se considerados os migrantes “ilegais”. Nesse contexto, a imigração boliviana também colabora para o reconhecimento da sociedade brasileira como receptora de novos contingentes de migrantes.

A presença cada vez mais constante de bolivianos no Brasil é sinal inequívoco tanto dos tempos de globalização quanto da inserção irremediável de nosso país no panorama de acolhimento de fluxos migratórios na América Latina. Nesse sentido, enfatiza-se que o país é destino de paraguaios, colombianos e venezuelanos e ressalta-se que a migração boliviana, iniciada no Brasil desde meados da década de 1950, foi impulsionada por diversos fatores, dentre os quais se destacam, principalmente, a estrutura social e econômica do país em questão, a instabilidade política e a miséria (BAENINGER, 2012; FREITAS, 2014; PATARRA; FERNANDES, 2011; SOUCHAUD, 2010; TRUZZI, 2012).

Ao chegarem no país e se estabelecerem, os migrantes dão início a um processo de

reunificação familiar com a vinda de irmãos, parentes e pais, conforme explicitado nas falas dos participantes:

Eles continuam vindo por causa das redes, principalmente familiar.
(Tesourinha)

[...] na verdade acontece uma rede, a rede social com famílias amigos conhecidos. Um chama e apoia outros a virem. (Pelícano)

Os primeiros abrem caminho, eles chegam, arrumam lugar para ficar e depois avisam os outros e aí forma uma corrente. Hoje é muito fácil se comunicar, então é rápido, bem rápido esta corrente se forma. (Araçari)

Diversos estudos sobre o fenômeno migratório afirmam que os arranjos familiares incorporados às redes pessoais dos migrantes desempenham um papel fundamental na criação, expansão e manutenção dos fluxos migratórios (BECKER; BORGES, 2015; CARLEIAL, 2016; FAZITO; SOARES, 2010; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES, 2010; REZENDE, 2005; SOARES, W., 2009). As estruturas intermediárias (podem ser determinadas empiricamente por agentes, recrutadores, *brokers*, familiares, amigos, outros) mostram a importância fundamental dessa categoria estrutural para a organização e expansão dos fluxos migratórios, entre origem e destino, responsáveis pelo contato e transmissão de pessoas, informações e recursos entre os outros atores e posições do sistema. Tais redes pessoais, conectadas, são capazes de constituir e consolidar empresas especializadas na execução do projeto migratório. Exemplo disso são os *decasséguis*¹¹, que, no final da década de 1980, migraram para o Japão sonhando com dias mais prósperos.

Observa-se, na prática, que as redes de migração envolvem não apenas fluxos de pessoas, mas também trocas financeiras e comerciais, afetivas e emocionais. Rezende (2005) faz um alerta quanto às redes que agenciam os processos migratórios clandestinamente. Ressalta que um emigrante só consegue chegar ao seu destino, clandestinamente, se for capaz de pagar a um agente determinada quantia em dinheiro: então, ao fluxo do deslocamento se justapõe o fluxo pecuniário. É algo que acontece mais ou menos assim: sabe-se, de antemão, que o emigrante já é imigrante, ou que o imigrante é emigrante, contudo, não se sabe como a pessoa “realizou” sua trajetória, de fato; nesse caso, deixa-se de considerar a migração como processo, de conceber uma partida, uma travessia e uma chegada; sobretudo, ignoram-se as

¹¹ A palavra *dekassegui* designa qualquer pessoa que deixe sua terra natal para trabalhar em outro lugar. “A partir do fim dos anos 80, ocorreu uma inversão do fluxo migratório entre o Brasil e o Japão. Os brasileiros descendentes ou cônjuges de japoneses passaram a emigrar para o Japão à procura de melhores oportunidades de trabalho. Surgiu então a comunidade dos decasséguis brasileiros no Japão.” (WIKIPÉDIA, 2017).

relações integrais e inexoráveis desses três momentos em um sistema singular. Portanto, as redes pessoais dos migrantes possuem posições estruturais de intermediação, ocupadas por atores concretos, inseridos em um contexto histórico e social, sendo este processo estendido não só em relação aos migrantes bolivianos, mas a todos os fluxos migratórios. As redes familiares, os agentes comunitários e os proprietários de oficinas são apontados como fatores facilitadores na promoção do acesso à saúde.

Os migrantes bolivianos, no Brasil, trabalham, em sua maioria, no setor da costura, pelo fato de ser este um segmento do mercado de trabalho que não exige experiência prévia nem idade mínima para o trabalho. Do trabalhador se exige apenas muita coragem para se adaptar às condições insalubres de trabalho, uma vez que é um setor no qual não há nenhuma regulamentação das relações trabalhistas. Tal modo de produção se enquadra no modelo da "acumulação flexível" do capital, em que a produção se dá com base na quantidade de peças que o trabalhador é capaz de costurar, configurando-se pela exploração da mão-de-obra e condição análogo à de escravo. Tal situação de trabalho reflete na saúde, como os altos índices de tuberculose, dores física e mental desses migrantes que encontram dificuldades no acesso aos serviços de saúde em razão de não possuírem documentação, não falar a língua local, a falta da qualidade no atendimento e em alguns casos o impedimento imposto pelo patrão de se deslocar até as unidades de saúde.

Os territórios da Bolívia e do Paraguai estão marcados por fronteiras secas, na região Centro-Oeste do Brasil, incluindo as conhecidas cidades-gêmeas. Segundo o Ministério da Integração Nacional, o país possui 32 cidades-gêmeas, localizadas nos Estados do Acre, Amazonas, Amapá, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rondônia, Roraima, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. De acordo com a Portaria n. 125, de 21 de março de 2014, são consideradas cidades-gêmeas¹² (FIGURA 5) (BRASIL, 2014).

¹² “Art. 1º Serão considerados cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações “condensadas” dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.” (BRASIL, 2014, p. 45).

FIGURA 5 - Fronteiras brasileiras entre o Brasil, o Paraguai e a Bolívia



Legenda: a) Fronteiras Brasil e Paraguai; b) Posto de fiscalização fronteiras Brasil e Paraguai; c) Fronteiras Brasil e Bolívia.

Fonte: Mochileiro Descobrindo o Brasil (2017), Corumbá.JPG (2015) e Carvalho, R. (2017).

No contexto de característica peculiar que envolve a região Centro-Oeste do Brasil, as migrações são favorecidas pela facilidade de mobilidade, conforme se pode visualizar na foto

“a” da Figura 5, em que apenas um canteiro central serve de limite entre o Brasil e o Paraguai.

A fala de um dos participantes da pesquisa faz referência à origem dos migrantes que adentram por essa via – as fronteiras com a região Centro-Oeste – do território brasileiro:

Aqui tem passado colombianos. Passaram no ano passado dois senegaleses. Os sírios aos poucos estão chegando, bolivianos, paraguaios, peruanos, argelianos, não é muita, a quantidade. É maior mesmo são os paraguaios e os haitianos. (Cegonha)

Nessa fala é possível inferir que o verbo “passado” reveste-se de uma metáfora: que a região funciona com um corredor de passagem para esses migrantes, tendo em vista que a base da economia dos municípios dessa área do Brasil é a agropecuária, portanto há poucas indústrias, o que gera poucos postos de trabalho. Desse modo, as pessoas que chegam, “passam” pela região, mas são impulsionadas a buscar trabalho nos grandes centros de produção industrial nas regiões Sudeste e Sul.

Quanto às condições desses migrantes ao chegarem ao Brasil, são diversas. Alguns já possuem familiares ou amigos e se unem a eles; outros buscam abrigo, inicialmente, nas entidades de acolhimento, na maioria coordenadas por ONGs, algumas destas ligadas à Igreja Católica, até que consigam encontrar uma moradia que possam pagar. Algumas falas de entrevistados descrevem as situações de saúde, econômica e social precárias que os migrantes vivenciam desde que saem de seus países de origem.

[...] a situação é bem precária, assim de ter só um colchão, não ter fogão, não ter cama, não ter geladeira. A maioria deles estão em situação realmente precária, muitas vezes eles vêm aqui pedir comida, dizem que estão com fome, dizem que estão passando fome, aí nós montamos uma cesta básica para eles, coisa pouca - arroz, óleo, feijão e farinha. (Garça)

Eles já chegam em uma situação de vulnerabilidade, são extorquidos, sofrem violência e as mulheres sofrem violência sexual. Eles vivem aqui em comunidades se juntam para alugar moradia, em regiões periféricas onde o aluguel é mais barato. Assim, eles se sentem mais seguros [...]. (Pelícano)

Esses resultados demonstram as condições de vulnerabilidade social e de saúde que chegam os migrantes no Brasil. A exemplo da fome, extorsão financeira, violência sexual e condições de moradia, aspectos que interferem na saúde física e mental, pois estão intimamente relacionados com a qualidade de vida do indivíduo seja ele migrante ou nacional.

Atualmente o Brasil vivencia uma nova situação da migração internacional, na fronteira amazônica com o estado de Roraima – a vinda em massa de migrantes oriundos da Venezuela, país limítrofe que vive um agravamento da situação econômica e política, que

interfere nos setores primordiais para que a população mantenha as condições mínimas de dignidade humana (FIGURA 6). Na Venezuela, a inflação passou a ser a “maior do mundo”, segundo o Fundo Monetário Internacional. A escassez de remédios levou o Parlamento a decretar “crise humanitária”. O racionamento de energia, as longas filas nos supermercados e o aumento da criminalidade aumentaram o descontentamento social, motivação que deu impulso ao processo migratório em massa, tendo como uma das opções mais fáceis a travessia da fronteira brasileira por via terrestre.

FIGURA 6 - Fronteiras Brasil e Venezuela, no Norte de Roraima



Fonte: Brandão (2016).

A maioria chega pelo pequeno município de Pacaraima, RR, com 16.000 habitantes. Depois seguem para a capital Boa Vista, RR. A situação se assemelha à dos haitianos: pessoas são abrigadas em locais públicos, precários e com alimentação doada pela comunidade e entidades locais, condições que refletem de maneira negativa na saúde desta população:

[...] eles entraram, mas chegaram lá pela região da Amazônia; atendemos 4 venezuelanos por causa da crise na Venezuela então eles estão vindo também. (Garça)

Vale ressaltar que a coleta dos dados desta pesquisa foi realizada em meados de 2016,

o que justifica a quantidade de venezuelanos no período; no entanto, a situação se agravou juntamente com a crise naquele país e intensificou o fluxo migratório para o Brasil, país que concentra o segundo maior número de solicitações de refúgio para esse povo: 12.960, ficando abaixo apenas dos Estados Unidos, que registraram 18,3 mil solicitações (SOARES, A., 2017). Em solo brasileiro, os migrantes venezuelanos procuram por trabalhos temporários e outros buscam desesperadamente por cuidados médicos. O fluxo sem precedentes de venezuelanos pressionou ainda mais o já sobrecarregado sistema público de saúde de Roraima.

A necessidade de assistência médica dos venezuelanos tem sobrecarregado os serviços públicos de saúde do Estado. Profissionais de saúde brasileiros afirmaram que os venezuelanos costumam chegar aos hospitais em condições mais graves do que os brasileiros, já que não receberam o tratamento adequado no país de origem. Muitos são tratados por conta de complicações decorrentes de HIV/AIDS, pneumonia, tuberculose e malária, que ficaram sem tratamento devido à falta de medicamentos na Venezuela. Os médicos afirmaram que, como resultado disso, pacientes venezuelanos precisam de hospitalização mais frequentemente do que pacientes brasileiros. Profissionais de saúde disseram que, mesmo antes da chegada dos pacientes venezuelanos, a capacidade dos hospitais públicos de Roraima era insuficiente para atender a demanda (ACEBES, 2017).

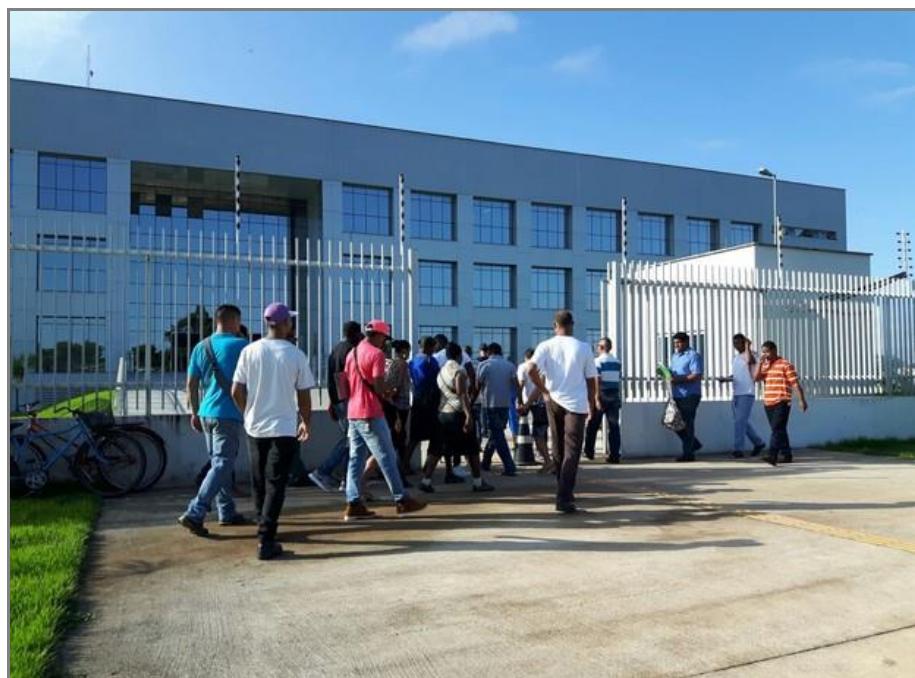
Na capital de Roraima, Boa Vista, dezenas de migrantes formam filas às portas da Polícia Federal em busca de documentos que os habilitem a permanecer no país. Segundo o secretário nacional de Justiça e Cidadania, Gustavo Marrone, ao pedir refúgio no país o “estrangeiro” recebe a carteira de trabalho e fica autorizado a trabalhar. Mas, caso não regularize a situação em até 90 dias, pode ser deportado (BEZERRA, 2017).

Em julho de 2017, após pedido da Defensoria Pública da União e do Ministério Público Federal em Roraima, a Justiça Federal determinou a dispensa do pagamento das taxas cobradas pela União para a concessão de autorização de residência temporária a venezuelanos que migraram ao Brasil. A ação civil pública, ajuizada em junho pela defensora pública federal Aline Soares Papazis, pediu a isenção da taxa de R\$ 311,22 por pessoa, para acesso à residência temporária de dois anos, uma vez que os imigrantes estão em situação de vulnerabilidade e abandonaram o país natal justamente em busca de melhores condições de vida (BRASIL, 2017b).

O Ministério Público Federal também pontuou que, para regularizar a situação no Brasil, a maioria dos migrantes opta pelo reconhecimento da condição de refugiado, o que concede residência permanente, caso o processo seja aprovado pela Secretaria Nacional de

Justiça ou pela Polícia Federal, situação que tem sobrecarregado o Comitê Nacional para os Refugiados (FIGURA 7). Tal cenário reafirma a característica dialética do fenômeno migratório em contextos globalizados e evidencia a urgência da implantação da nova legislação migratória que atenda a esta realidade (REPÓRTER AMAZÔNIA, 2017).

FIGURA 7 - Venezuelanos aguardam para entrar na sede da superintendência da Polícia Federal do Brasil, em Boa Vista, RR



Fonte: Costa (2016).

A maioria não estudou, eles são alfabetizados, mas às vezes chegam alguns que são analfabetos [...] a maioria dos homens não tem uma qualificação profissional, mas chegaram médicos, advogados, Engenheiros, professores, também chegaram, mas são poucos [...]. (Garça)

Nesse domínio, podem-se estabelecer dois grupos com base na fala da participante: migrantes com qualificação e migrantes sem qualificação, dando a entender que aqueles que têm pouco estudo ou os que são analfabetos não possuem qualificação profissional expressiva. A Organização Internacional do Trabalho (2008) relata que nos países de destino os imigrantes, com diferentes níveis de competências, contribuem substancialmente para a produtividade e o crescimento. Os trabalhadores com alto nível de qualificação correspondem à procura das indústrias de alta tecnologia e mantêm as economias globalmente competitivas. Em contraponto, os trabalhadores com menos qualificações preenchem os empregos de

grande procura que os trabalhadores nacionais comumente recusam, contudo são fundamentais em setores como a agricultura, a construção civil, a indústria hoteleira, entre outros. Desse modo, a migração torna economicamente viáveis muitos setores e empresas tradicionais e contribui para o desenvolvimento econômico.

Os aspectos igualmente importantes da migração de pessoas com qualificação e sem qualificação revelam que os estados receptores facilitam a que certos perfis profissionais e de escolaridade tenham ingresso permitido por meio de estratégias de desenvolvimento de seus governos e das necessidades de seus mercados de trabalho. Assim, as carências internas detectadas nesse mercado serão definidas por padrões classificatórios, em suas leis e políticas públicas destinadas à construção de um grupo de imigrantes – os classificados – que, visivelmente, estão sujeitos a menos restrições, se comparados aos que não possuem qualificação profissional. Em termos gerais, pode-se observar que as leis e políticas migratórias restritivas alimentam situações discriminatórias, em relação aos migrantes, pois ao mesmo tempo em que os incluem, também os excluem, já que privilegia alguns perfis laborais, bem como agravam as situação de exploração da força de trabalho (NUNES; OLIVEIRA, 2015; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2008).

Nesse contexto, existem outros muros simbólicos, construídos e em construção, em nossa sociedade, que dispunham de ações provenientes de leis de estado claramente xenófobas, que ora instituem, ora afirmam estereótipos e preconceitos aos migrantes, condições que estimulam igualmente os nacionais a compreenderem que a migração é uma realidade a ser evitada ou controlada, dependendo das características daquele que migra, ou seja, o indivíduo necessita ajustar-se física e intelectualmente aos padrões da sociedade receptora.

Há de se destacar, também, nos estudos sobre migração qualificada, a ideia de que países que priorizam e recebem migrantes potenciais, com predicados bem avaliados pelo mercado de trabalho, considerados altamente qualificados, rapidamente os insere, e isso os torna menos dependentes de auxílio governamental, ao contrário do que ocorre com os não qualificados que, segundo essa vertente, correm maior risco e as demandas de assistência são maiores, por parte do governo (MOMO; BÓGUS, 2014; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2008; RAMOS, M., 2013).

Becker (1962), considera os fluxos migratórios de trabalhadores como um investimento, isto é, uma atividade que influencia o rendimento futuro pela incorporação de recursos no indivíduo. Por essa razão, observa-se um aumento dos obstáculos à entrada de certos perfis de migrantes, que geram um notável mercado paralelo de trabalhadores sem

documentos, que migram e se tornam presas fáceis do tráfico de pessoas e do trabalho forçado, como ocorre nos casos de bolivianos e peruanos, no Brasil.

As condições que surgem no decorrer dos anos e conforme as situações impostas pelos contextos migratórios nada mais são que restrições a indivíduos que ora são bem-vindos, ora são tratados como indesejáveis e até mesmo invisíveis, pelo Estado, além de gerarem contradições e ambiguidades históricas, pois a lógica do fluxo migratório não é linear e a composição desses movimentos é heterogênea.

Pode-se concluir, com base nas falas dos participantes, que o Brasil é constituído pela diversidade de migrantes – homens, mulheres, adultos e crianças – marcados pelo movimento migratório. Considerando as assimetrias dos que aportam nos cais da nação, torna-se um desafio para a sociedade e mesmo para o Estado brasileiro, perceber as inúmeras necessidades dentre elas o acesso às políticas públicas de saúde e outros direitos elementares que lhes são negados. No mundo das contradições e dinamicidade dos fluxos migratórios é necessário estar atento para o fato de que o ser humano é uma construção, inserida em uma estrutura social e econômica, diante de espaços geográficos e culturais diferenciados, em que as relações se instituem de forma distinta daquela que estava habituado a vivenciar.

2.5 TENDÊNCIAS DA POLÍTICA MIGRATÓRIA INTERNACIONAL NO BRASIL

Nos últimos anos, o tema acerca da migração internacional tornou-se complexo e desafiador, estendendo-se a todas as nações. Há um extenso conjunto de abordagens que envolvem o assunto, decorrentes da diversidade de perspectivas, prioridades e interesses circundados. Ademais, importa lembrar que o conhecimento da realidade concreta não se realiza de maneira unicamente objetiva. Olhar para o cenário migratório não significa estabelecer uma imagem instantânea e imutável; assim, constitui-se em algo dinâmico e suscetível a interpretações oriundas do lugar de inserção da pessoa que observa. O conhecimento está mediado por diversos fatores estabelecidos pelos condicionantes da memória-cultural, econômica, social entre outros. Assim, também apresenta-se que a migração internacional é conduzida por muitos fatores como conflitos, globalização, comércio, disparidades econômicas, mudanças climáticas, educação, pobreza, além das questões abstrusas e sensíveis que permeiam a migração e que devem ser consideradas, como identidade nacional, dinâmica do mercado de trabalho, crescimento econômico e proteção.

As reflexões acerca das tendências das migrações internacionais no Brasil envolvendo o debate e as propostas de políticas de imigração, bem como a necessidade de se estabelecer práticas no acesso dos migrantes e de suas famílias, documentados ou não, aos serviços públicos, principalmente na área de saúde, são temas hoje recorrentes de discussão e ação no contexto nacional. Essas reflexões inserem-se no entendimento das migrações internacionais recentes e de novos fluxos, contextualizadas a partir de processos de reestruturação da produção, importantes para avançar no desenvolvimento das ações que garantam o acesso às políticas públicas de saúde aos migrantes internacionais.

Atualmente, vive-se em uma era de mobilidade humana sem precedentes, um período em que mais de 1 bilhão de pessoas estão se movendo pelo mundo todo. Pessoas embarcam em uma travessia, buscando a garantia mínima da própria dignidade. Assim, as migrações internacionais compõem mais que um fluxo natural de mobilidade humana; constituem um reflexo das desigualdades das relações sócio-econômicas vigentes no planeta e formam um termômetro que marca as contradições das relações internacionais e da globalização capitalista. Nesse sentido, é evidente que estabelecer posições estanques sobre o futuro das migrações no mundo e no Brasil é arriscado, considerando todos os fatores já mencionados; no entanto, faz-se necessário evitarem-se surpresas como a da chegada dos haitianos e, recentemente, dos venezuelanos, que aportam repentinamente no território brasileiro afim de estabelecer residência, causando pânico nas autoridades, governos e sociedade. Com efeito, é imperativo alicerçar e viabilizar o acesso às políticas públicas sociais, dentre elas a de saúde, e criar uma política pública de acolhimento, com o objetivo de evitar ou minimizar as situações de desumanização, violência, xenofobia, discriminação e violação de direitos a que estão submetidos os migrantes.

As perspectivas que se apresentam para o futuro das migrações, são imprevisíveis, na percepção dos participantes desta pesquisa, na medida em que várias questões são introduzidas nesse debate, como a situação da crise econômica que constituiu o principal fator de atração e repulsão do contexto migratório brasileiro na atualidade, conforme expresso nas falas acerca das tendências para esse contexto:

O Brasil precisa acompanhar as mudanças mundiais principalmente porque é um país construído por pessoas de todas as partes do mundo, então não pode tratar a migração como caso de polícia. Tem uma campanha que diz migrar não é crime, migrar é direito, temos que inserir isso no nosso dia-a-dia. O fenômeno migratório muda muito, mas a tendência é nunca acabar. (Pelícano)

[...] a migração nunca irá acabar sempre ter gente chegando e partindo e

isso é no mundo inteiro. Isso é comum e eu acho que não irá mudar. As pessoas têm que entender que tem espaço para todos. (Andorinha)

Eu acho que o Brasil ainda vai receber muitas pessoas, muitos migrantes [...] está passando por esse processo de transformação. O Brasil é um país de imigrantes, o Brasil é um país que pode acolher melhor essas pessoas e agora o Brasil é uma rotatividade de migrantes a migração é uma boa oportunidade tanto para o migrante como para o país, mais do que como problema temos que inverter a visão fazer do problema uma solução. (Cegonha)

O que nós temos observado aqui, o que a gente vê muito, pode ter uma mudança muito rápida, é difícil prever porque, de vez em quando, a gente se prepara para uma sua situação e muda e aí você se encontra em outra realidade, com essa tendência de fechar, com essa situação de crise que também acaba aparecendo nos noticiários internacionais me parece que o Brasil deixa de ser atraente [...]. (Tesourinha)

O Brasil vivencia um contexto de recessão econômica, onde o governo se arrasta para responder às necessidades imediatas, bem como não avança integralmente na infraestrutura e reestrutura da capacidade de reforço dos esquemas de proteção, capacidade de serviço e crescimento de oportunidades a toda a população. Aqui estão inseridos os migrantes internacionais, que procuram e/ou procuraram o Brasil, vislumbrando dias melhores, mas que foram surpreendidos com a estagnação do país. Esta condição de crise atingiu os migrantes que perderam seus postos de trabalho, fazendo-os pensar na possibilidade de atravessar novamente as fronteiras em busca de condições melhores de vida.

Os participantes da pesquisa concordam que o Brasil passou por transformações recentes, impulsionado pela necessidade de acolher os que aqui aportam, e também pela atual crise migratória mundial, vivenciada pelos países europeus e acompanhada globalmente. Também há consenso da maioria quanto à constância dos processos de deslocamento e sua intensificação, no entanto, o país, neste momento, não é atrativo, porém poderá vir a ser, com a retomada do crescimento e desenvolvimento.

Dutra, C. (2016) ressalta que devido à crise política, com reflexos devastadores na economia, gerou um impacto com efeito direto na relação do setor trabalhista, e, por isso, vive-se um momento de retração na contratação e de aumento da extinção do contrato de trabalho, o que frustra de forma significativa as expectativas e os sonhos dos migrantes ao território brasileiro, condição que interfere em diversos setores, especialmente salienta-se neste trabalho as políticas públicas de saúde. A autora cita o caso dos haitianos e suas experiências de condição social desfavoráveis como a xenofobia desencadeadora de discursos de ódio em situações discriminatórias múltiplas de obstáculos. Nesses discursos, o haitiano é

considerado inimigo, alguém que vai tomar o emprego do nativo ou vai, necessariamente, delinquir. Nesse cenário, em razão da ignorância, elemento preponderante para o acionamento do pânico moral, é possível notar alto grau de exclusão social, uma percepção negativa da presença deles em nosso território, fato estimulado por um modelo de pensamento totalitário.

Tal realidade traz à tona o elemento econômico como fator preponderante no cenário migratório e, por meio dele, constata-se um aspecto de imprevisibilidade dos movimentos. O posicionamento do Estado, quanto à entrada de migrantes internacionais, também está estabelecido na ordem econômica; não é o de zerar a chegada de migrantes, pois, se existem oportunidades de emprego, supõe-se a necessidade de mão de obra de um determinado mercado; assim, as políticas se constroem de forma a selecionar a mão de obra necessária e descartá-la, quando não houver mais necessidade. Esse é o caso atual do Brasil; com a crise política e econômica o mercado recuou e muitas pessoas foram dispensadas, inclusive migrantes. As migrações, nesse sentido, são um terreno extremamente conflituoso, no qual os migrantes lutam por liberdade e igualdade por meio da mobilidade. Esse terreno é permeado por relações de expropriação, como é possível perceber nas situações degradantes e precárias a que são submetidos os migrantes. Assim, torna-se importante compreender a autonomia deles nesse processo, e não criminalizá-los pela exploração que sofrem ou, ainda, vitimizá-los, desempoderando-os nesse processo.

Aqui no Brasil, por causa dessa crise talvez diminua um pouco agora, mas quando o país se estabilizar novamente economicamente volta a ser atrativo para essas pessoas. O Brasil precisa ter um tratamento igual para os migrantes ricos e pobres, mas está cada vez mais difícil, mas acho que as coisas vão mudar. (Andorinha)

[...] com essa crise muitos vão embora como já está acontecendo em alguns que só estão esperando sair o RNE¹³ [...] a economia interfere muito na questão da migração se eles têm lugar para trabalhar. Se eles conseguem ganhar um dinheiro bom para se sustentar e mandar um pouco também lá, para a família, eles ficam. Muitos estão buscando outros lugares, com mais oportunidade estão em busca de uma vida melhor para eles e para suas famílias. (Garça)

Mazza (2015) relata que as políticas restritivas e seletivas de migração e asilo se alinham às agendas turbulentas das dinâmicas econômicas que acometem os países. No entanto, essas políticas não dão conta de estancar as mobilidades humanas que se inscrevem

¹³ RNE - No Brasil é o Registro Nacional de Estrangeiros e é concedido ao estrangeiro admitido na condição de temporário, permanente, isolado ou refugiado, que é obrigado a se registrar e a se identificar no Ministério da Justiça, com a Polícia Federal.

no território nacional e internacional, experiências de vida que transcendem a dimensão material econômica e instauram sentidos simbólicos, vínculos afetivos, redes relacionais, entre-lugares e embaralham os locais de origem, destino e circulação.

Muito difícil responder essa pergunta, eu não tenho nenhuma. Ainda mais nessa situação que estamos vivendo agora com essa crise no Brasil e com o governo interino e a relação que estão tendo com os países vizinhos, vai piorar, vai pesar muito mais pela questão da segurança nacional e para as migrações de aporte econômico, ou seja, as que têm muito dinheiro, essas pessoas mais necessitadas vão sofrer e é muito complicado. (Canário)

Mais uma vez, é possível identificar, na fala, referências à liberdade de trânsito de pessoas economicamente saudáveis e às barreiras impostas aos pobres, nas fronteiras do território brasileiro. Todavia, são condições que se estendem a todas as fronteiras do globo, em menor ou maior. A nova lei assegura aos imigrantes que chegam ao Brasil os mesmos direitos dos cidadãos brasileiros, como inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, portanto, ela precisa ser amplamente divulgada, principalmente nas instituições governamentais, para sua efetivação. A partir desse caminho, será possível avançar para que situações de discriminação sejam minimizadas.

Outro aspecto marcado na fala anteriormente transcrita, refere-se à questão da segurança nacional como prioridade da Lei do Estrangeiro (Lei n. 6.815/1980), superada pela Nova Lei de Migração (Lei n. 13.445/2017), que possui um caráter baseado nos *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1948) (BRASIL, 2013c, 2017a). Quanto as políticas públicas de saúde, garante o acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória;

Nessa direção, apesar das disputas políticas, econômicas e ideológicas existentes no documento, é possível perceber um momento civilizatório sem precedente, porque os sentimentos de humanidade e superação daquilo que diminuía o gênero humano, sobretudo as atrocidades cometidas na Segunda Guerra Mundial, deparam-se, nos trinta artigos nela apresentados, com um progresso que se concretiza em nível global (MAZZA, 2015; PATARRA, 2009; RODRIGO, 2009).

Patarra (2009, p. 5) sugere que

[...] a governabilidade das migrações, sua regulação e os contornos que devem assumir os acordos-bilaterais, multilaterais ou regionais para o delineamento de políticas específicas, no momento atual, vem se desenvolvendo em torno da questão dos direitos humanos, sempre

evidenciando a tensão entre o conceito de soberania nacional dos estados nação e a busca do direito de livre circulação de pessoas, âncora de movimentos sociais que reivindicam para o processo humano a mesma liberdade de circulação que a globalização alcançou para os bens materiais e simbólicos.

A construção do discurso do participante *Canário* se constitui a partir do lugar que ocupa geograficamente (fronteira); nota-se um atravessamento entre o espaço de fronteira e o território brasileiro, pois há peculiaridades que o caracterizam. Silva, S. (2015) descreve a fronteira como um lugar de passagem de pessoas e de troca de bens materiais e simbólicos. Os espaços fronteiriços nacionais podem ter distintos significados, dependendo da perspectiva de quem os cruza, seja na condição de turista ou como morador de alguma cidade de fronteira. Para os que vivem nesses lugares, que, em geral, têm infraestrutura precária e baixa qualidade de vida, as fronteiras se transformam em periferia, em relação aos centros de desenvolvimento do país. Nessa perspectiva, elas seriam também “[...] el espacio de la ausencia de significaciones sociales que marcan y demarcan al Estado-nación [...]” (GUIGOU, 2012, p. 76).

Contudo, de outro modo, a fronteira se transforma num lugar não só de defesa de um possível inimigo, mas também de ataque, onde os interesses nacionais passam a ser uma questão de “Segurança Nacional”, como relatado pelo participante *Canário*. Assim, as fronteiras são lugares de controle, pelos estados nacionais, de transeuntes e de migrantes, que estabelecem uma hierarquia daqueles que são desejáveis (com poder econômico) ou indesejáveis (sem poder econômico) em seus territórios. Essa imagem do migrante associada à pobreza, nos territórios incertos da fronteira, concretiza-se nos atos discriminatórios para com essa população, sugeridos e denunciados no referido enunciado.

Um dos participantes, em seu depoimento, apresenta aspectos otimistas referentes as tendências das migrações, como se pode ver a seguir:

O futuro já começou é um processo civilizatório ou deveria ser, o mundo caminha para isso, mesmo que tenham barreiras físicas, o ser humano acha uma forma de atravessar, não adianta erguer muros e colocar cercas, chega um momento que a sobrevivência fala mais alto. É preciso saber conviver com pessoas diferentes e aceitar essas diferenças, aceitar novas culturas e respeitar, há lugar para todos mas é necessário mais humanidade. (Maçarico)

Tem-se, neste caso, a utilização das expressões “processo civilizatório” e “mais humanidade” como representações para garantir o direito, ao ser humano, de migrar; este, para sobreviver e dar segurança à sua família é capaz de transpor qualquer barreira física.

Assim, o participante também enfatiza a necessidade de que todos os seres humanos sejam tratados com respeito e dignidade, assegurando esse direito aos migrantes, posicionamento claramente identificado, nas falas dos participantes e dos órgãos envolvidos, como um dos aspectos centrais no debate sobre migrações internacionais.

Segundo Faria (2015), não obstante a complexidade do tema e as nuances entre as disposições dos diferentes órgãos da administração pública federal, a defesa da prevalência dos direitos humanos constitui a posição mais apropriada para o Brasil, pois envolve a proteção dos nacionais brasileiros no exterior como também a alternativa mais coerente com os preceitos básicos da Constituição Federal brasileira.

O papel do Brasil diante da conjuntura migratória apresenta-se repleto de possibilidades e surpresas, assim como se constitui toda a história desse processo. Contudo, à luz da diáspora brasileira, como país receptor, é indispensável admitir a importância das migrações na formulação de políticas públicas nacionais e garantia de acesso às políticas públicas sociais como saúde e educação, que levem em conta o duplo papel desempenhado pelo País. Tendo em vista as características cíclicas do Brasil como país de origem ou de destino de migrantes, é recomendada a adoção de políticas migratórias que sejam flexíveis suficientemente para responder a qualquer tipo de circunstância.

Conclui-se para tanto o aprofundamento do estudo sobre o acesso do migrante as políticas públicas de saúde.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: O DIREITO E O ACESSO À SAÚDE DOS MIGRANTES NO BRASIL

A atual ampliação dos fluxos migratórios internacionais no Brasil coloca em debate a responsabilidade do Estado na garantia de direitos sociais básicos às populações migrantes, dentre eles, o acesso às políticas públicas de saúde.

Com o processo de redemocratização no Brasil, a Constituição Federal de 1988 garantiu a universalização da prestação de serviços de saúde pela rede pública, o que resultou na criação das Unidades Básicas do SUS, prezando pelo atendimento universal, igualitário e integral, que transforma a saúde em um direito fundamental. No entanto, constata-se que esse direito ainda está ancorado na cidadania, provocando barreiras na legitimação do acesso dos migrantes à saúde. Tal fato pode ser atribuído ao descompasso jurídico entre a Carta Magna, que expandiu substancialmente a extensão dos direitos assegurados pelo Estado brasileiro aos nacionais e não nacionais, e a legislação que versa sobre as questões migratórias vigentes - Estatuto do Estrangeiro, causando uma disfunção jurídico-administrativa que posiciona o governo em um entremeio de solucionar demandas resultantes da chegada e permanência de migrantes internacionais, além de outras normas jurídicas do direito internacional, que se ocupam dos direitos humanos de maneira geral, tanto no âmbito universal como no regional. À exemplo da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (1948), *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos* (1966) e a *Declaração e Programa de Ação de Viena* (1993), faz-se urgente uma adaptação à mobilidade humana contemporânea como um fato incontornável (BRASIL, 2013c).

Para realizar uma análise das políticas públicas de saúde no Brasil e o acesso dos migrantes aos serviços socioassistenciais dessas políticas, faz-se necessário situar brevemente algumas premissas acerca da história e definições que as constituem, visto que a saúde é entendida como direito social; nesse sentido, pretende-se problematizar as possibilidades e potencialidades, no intuito de compreender seu surgimento, desenvolvimento e funções.

3.1 AS TRANSFORMAÇÕES DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: A TRAJETÓRIA DA CONCRETIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Até este ponto da tese contextualizou-se as questões da migração internacional, história, atualidade e algumas pistas da articulação da migração com o acesso dos migrantes às políticas públicas de saúde, nas quais buscou-se construir as ideias predominantes entre as pessoas que participaram do estudo e as ideias latentes, relacionando ideologia e práxis acerca da temática, no intuito de localizar o leitor para o entendimento de aspectos relevantes do cenário migratório, visto que a dialética dos deslocamentos humanos faz-se constante. A partir deste capítulo as discussões da migração inserem-se no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) assinalando as transformações históricas nas quais foi construído. Para ser fiel a linha teórica que guia este estudo foram desenvolvidos alguns pressupostos acerca das concepções das políticas sociais, realizando uma abordagem quanto às articulações entre o Estado e a sociedade civil.

À respeito das áreas que envolvem as políticas públicas, em particular daquelas denominadas políticas sociais, em uma sociedade capitalista, remete à necessidade de compreender que essas políticas apresentam, em sua constituição, uma complexidade histórica, já que surgem em uma íntima relação com as características históricas de cada realidade social na qual surgem, considerando, além da articulação do Estado com o capital, as manifestações das forças sociais, da organização e da mobilização das classes subalternas na modificação da ordem instituída em uma conjuntura específica.

Behring e Boschetti (2006) afirmam que a implementação das políticas sociais no Brasil e nos países capitalistas ocorreram em diferentes contextos de luta de trabalhadores insatisfeitos com as condições que vivenciavam, em especial com relação ao trabalho. Perante o embate entre as classes trabalhadora e patronal, o Estado viu-se forçado a intervir, afim de controlar o antagonismo entre elas. Nesse período, foram criadas as políticas sociais, com a finalidade de apresentar respostas às expressões multifacetadas da questão social no sistema capitalista, marcado por relações de exploração do trabalho pelo capital.

Como política social compreende-se a saúde, visto que é uma política voltada para a

reprodução dos indivíduos e das coletividades, e está submetida a diversos determinantes, muitas vezes contraditórios. Ao pensar a política de saúde como uma política social, uma das implicações imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos à condição de cidadania, pois o envolvimento pleno dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos.

A saúde é considerada uma necessidade humana básica, abrange formas de ser e produzir e/ou reproduzir a vida em sua singularidade e multidimensionalidade, apreendida como um fenômeno ampliado para além de ausência de doenças. Assim, saúde se relaciona articuladamente com os diferentes determinantes dela, com evidência às circunstâncias estruturais que envolvem os fatores externos do entorno social, que envolve os contextos das situações e condições migratórias do ser humano, das condições de vida e de trabalho, as condições culturais, ambientais, entre outras. Portanto, na maioria das vezes, a saúde não depende somente do indivíduo, mas de medidas sociais destinadas à toda a coletividade.

Essa premissa clarifica a necessidade do papel do Estado e das políticas sociais na proteção à saúde dos cidadãos (LOBATO, 2012; DALMOLIN et., 2011). Nessa mesma direção, Rizzotto (2000) trata da política de saúde como política social e admite que ainda que se possa pensar em políticas sociais desvinculadas do Estado, uma análise que desconsidere a participação desse no processo de formulação e implementação de tais políticas seria limitada.

O período que antecedeu a criação do SUS foi marcado pela omissão do Estado brasileiro com relação à saúde da população, baseada num pensamento de que a responsabilidade dos cuidados de saúde deveria ser do próprio indivíduo, porém, em casos graves como risco à população, de epidemia, ou à economia, a intervenção estatal poderia ser acionada. A partir do desenvolvimento do país a partir dos processos migratórios internos e internacionais, contribuindo para a concentração populacional nas grandes cidades, iniciou-se o despontar da saúde como uma questão social. O processo de construção do sistema de saúde do Brasil foi constituído por diversos momentos políticos, econômicos e jurídicos, contudo tratar-se-á do período de sua efetivação.

3.1.1 A Lei Orgânica da Saúde: Sistema Único de Saúde

Apesar de o SUS ter sido definido pela Constituição Federal de 1988, somente foi regulamentado posteriormente pela Lei n. 8.080/1990, circundado por uma crise econômica avassaladora e um governo que adotara a política neoliberal explícita que restringiu o campo

da saúde. O resultado desse processo culminou em uma oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para os diferentes cidadãos, considerando a sua inserção social e fixada na atenção médica.

Segundo Laurell (2014), a escolha do projeto neoliberal visa abreviar o papel do Estado e abrir totalmente a saúde como um campo de lucro privado; aplicar políticas destinadas a alavancar a concorrência no mercado; privatizar a prestação de serviços e expandir gestão privada dos fundos de saúde, diretamente por meio de seguros de mediação privada na gestão dos fundos públicos. Com efeito, os governos têm usado o poder do Estado para fragilizar as instituições públicas, afim de instrumentalizar os serviços de saúde e gestão de transferência de seu financiamento para entidades autônomas. Esse aspecto corresponde à acumulação que “inova” o projeto neoliberal, enquanto insere como um ator central o capital financeiro que impulsiona a grande empresa médica. Contudo, considerando outras experiências nesse âmbito, é evidente que os mecanismos de mercado apontam para a ineficiência, a ineficácia e a desigualdade crescentes.

Nesse período entrou em cena um notório processo para o impedimento do avanço de implantação do SUS; contudo, após ampla mobilização da sociedade civil, a Lei n. 8.080/1990 foi aprovada, ainda que com importantes alterações decorrentes de vetos do Presidente Michael Temer que foram negociados e parcialmente recuperados na Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990; os mais importantes foram o que instituía as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; BRASIL, 1990a, 1990b).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990) define o modelo operacional e “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...]” (BRASIL, 1990a, 1990b). Nesse sentido, houve modificações relevantes, sendo que a primeira versa sobre a concepção de saúde, então definida de maneira mais abrangente:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, financiado com os recursos advindos dos impostos gerais; é descentralizado, ou seja, as responsabilidades são compartilhadas entre os órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, cada qual com atribuições próprias. O SUS ocupa o principal lugar como prestador e comprador de serviços de saúde, e sua atividade afeta diretamente a conduta de prestadores de serviços, sejam públicos (governamentais) ou privados (com ou sem fins lucrativos) (LOBATO, 2012; POLIGNANO, 2001).

A universalidade, equidade e integralidade são os princípios doutrinários do SUS e descrevem as ideias filosóficas e ideológicas desse modelo de saúde escolhido para o País, compreende uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos, para nortear a implementação do sistema e consolidar o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde a todos.

Os Princípios Organizativos do SUS, – Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular – a partir dos princípios doutrinários consideram a ideia de seguridade social e relevância pública, no intuito de que estas diretrizes orientem o processo. Na verdade, tratam-se de formas de concretizar o SUS na prática.

Para Soares, R. (2010), as características da política de saúde, mediadas pelos interesses políticos e econômicos dos projetos societários em confrontação e pelas conjunturas históricas, contribuem para configurar as peculiaridades da contra-reforma na saúde e de sua racionalidade. Assim, a autora apresenta a Refuncionalização dos Princípios e Diretrizes do SUS, que foi concretizado de forma distinta do SUS histórico e instituído (conforme descrito acima) para a forma materializada do sistema, assim:

[Universalidade:] Acesso focalizado nos mais pobres e pauperizados, que enfrentam, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, representando um verdadeiro gargalo no sistema, gerando um grande número de demandas não contempladas pelo sistema.

[Equidade:] Focalização precarizada do atendimento no segmento populacional mais pobre, sob a justificativa de que este é mais “vulnerabilizado”. Fere-se, desta forma, o princípio da igualdade, da universalidade e da própria equidade.

[Integralidade:] Atenção básica, média e alta complexidade precarizadas e focalizadas na pobreza, principalmente através da expansão focalizada do PACS [Programa de Agentes Comunitários de Saúde], da ESF [Estratégia Saúde da Família] e dos atendimentos emergenciais com fragmentação do sistema e quebra da referência e contrarreferência.

[Descentralização:] Descentralização com desresponsabilização da União principalmente no que se refere ao financiamento; centralização do

planejamento de modelos de atenção à saúde padronizados, como o PACS e a ESF.

[Participação popular:] As instâncias de controle social vêm sendo continuamente desvalorizadas e burocratizadas. As importantes decisões sobre a política têm passado ao largo dos conselhos e conferências, centralizando-se nos gabinetes de gestores e no poder legislativo, quase sempre ignorando completamente as deliberações daqueles. (p. 57-58).

No período de 1991 a 1994, o governo implanta, no país, uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de restringir o estado ao mínimo. Destarte, o discurso das limitações dos gastos públicos não foi efetivado com a privatização de empresas estatais e, na prática, as restrições de gastos alcançaram todos os setores do governo, inclusive o da saúde.

Diante deste cenário, o governo iniciou a reestruturação dos serviços, instituindo as Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos cujo objetivo era regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros, até a aprovação do Pacto pela Saúde, que está em vigência, atualmente. Assim, foram editadas a NOB-SUS 01/1991, NOB-SUS 01/1993 e a NOB-SUS 01/1996 (por meio Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996, do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro) (BRASIL, 1996b).

A NOB-SUS 01/1991 sob a justificativa do impedimento conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei n. 8.080/1990 – que deliberava o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50,0% por critérios populacionais e os outros 50,0% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, entre outros (BRASIL, 1996b, 1990a). A lógica de financiamento foi redefinida e, portanto, a organização do SUS. Determinou-se um sistema de pagamento por produção de serviços que vigora, em grande parte, nos dias atuais. Os pagamentos são realizados aos estados e município, de acordo com a produção de serviços de saúde; as tabelas que definem os valores são iguais para prestadores privados e públicos, incentivando um modelo de atenção à saúde destinado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos efetuados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados (BRASIL, 1996b; POLIGNANO, 2001).

Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o retrógrado sistema implantado pela NOB-SUS 01/1991, que estava em desacordo com a Constituição Federal e as Leis que regulamentaram o SUS. A NOB-SUS 01/1993 foi institucionalizada na negociação entre gestores e sua pactuação em torno da operacionalização do sistema nas

Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite (BRASIL, 1996b).

Por fim, mantida e intensificada a implementação do modelo neoliberal, conectado à ideologia da globalização e da redução do “tamanho do Estado”, no ano de 1996, sem recursos para financiar a saúde, o governo sugere a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira como alternativa econômica de recurso exclusivo, contudo, sem sucesso. O governo, então, edita a NOB-SUS 01/1996 e concebe um progresso importante no modelo de gestão do SUS, especialmente no que diz respeito à consolidação da Municipalização. Ela revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas Normas Operacionais anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena) e propõe, aos municípios, que se enquadrem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1996b).

Para rever as insuficiências da NOB-SUS 01/1996, no ano 2002 foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde, por meio da Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, que trata, de forma clara, da organização dos sistemas de saúde e do fortalecimento do papel dos estados como coordenadores de um processo articulado de regionalização do SUS, ampliando o conceito de distribuição de recursos *per capita*, a partir de alocação (BRASIL, 2002).

Mas é no Pacto pela Saúde, aprovado em fevereiro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde, que a pactuação contempla três dimensões: a) Pacto pela Vida, b) Pacto em Defesa do SUS; e o c) Pacto de Gestão do SUS; e ganha em qualidade e organicidade. Primeiramente, porque o Pacto se propõe a agregar todas as pactuações existentes; depois, condensa qualitativamente o conteúdo da pactuação ao relacioná-la à adesão cooperativa e solidária e ao empenho via termo de acordo e contrato de gestão, no lugar das formas anteriores de habilitação; além disso, esse Pacto acrescenta à pactuação instrumentos organizacionais e administrativos conjugados com as questões do capitalismo contemporâneo; finalmente, porque a pactuação e sua metodologia do consenso tornaram-se centrais na política de saúde atual (BRASIL, 2006b; POLIGNANO, 2001; SOARES, R., 2010).

Por meio dessa breve abordagem teórico-conceitual da política social pública, de saúde, é possível compreender-se o movimento dialético entre as classes sociais, bem como o desenvolvimento das funções política, econômica e social na lógica do mundo capitalista e os obstáculos inerentes aos conflitos sociais, no campo de atuação das questões sociais. Nessa dinamicidade histórica situam-se as grandes conquistas na construção das políticas públicas de saúde, representadas pelo SUS que, na prática, necessitam de ações concretas dos gestores para alcançar seu objetivo transformador no cuidado à saúde, entendido como um conjunto de

atuações sólidas capazes de melhorar as condições de vida da população.

Passadas mais de duas décadas da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, alguns desafios persistem para efetivação dos princípios constitucionais que orientam suas ações – universalidade, integralidade e equidade. Os imigrantes internacionais compõem um dos grupos cujo acesso aos serviços de saúde no Brasil; embora garantido pela Constituição Brasileira, em seu artigo 5º, estabelece a igualdade jurídica entre brasileiros e migrantes residentes no país, o que garante o acesso às políticas públicas de saúde a essa população; porém, é dificultado por uma série de fatores estruturais que interferem ao longo do percurso entre os sujeitos e os serviços de saúde e configuram-se num grupo social especialmente desafiante para o SUS.

A todos os fatores relacionados, somam-se os problemas inerentes ao próprio sistema de saúde pública no Brasil, como a desarticulação dos vários atores, e com o debate sobre a inclusão dos migrantes (documentados ou não) aos serviços de saúde que oscila entre dois polos: o primeiro, que entende o direito à saúde como universal e, portanto, objeto de intervenção do Estado em qualquer circunstância, mesmo em se tratando de estrangeiros. O segundo, orientado pela lógica liberal, priorizaria a dimensão contributiva das políticas sociais, considerando como sujeitos de direito apenas aqueles que contribuem financeiramente com o Estado (SANTOS, 2016).

Limitar o acesso aos serviços de saúde aos migrantes, pode ocasionar desvantagens para o Estado a longo prazo com a diminuição dos indicadores básicos de saúde, bem como dificultar a detecção e contenção de doenças exógenas que poderiam ser disseminadas no território nacional, visto que o Brasil possui regiões endêmicas de diversas doenças tropicais vetoriais, como a malária, a dengue e hepatites, que se agrava nas fronteiras de livre e de circulação de peruanos, colombianos, venezuelanos, entre outros onde não se sabe como é efetivado o combate a essas doenças.

A inclusão dos migrantes nas políticas públicas de saúde, é um direito e representa um dos desafios centrais do sistema de saúde (Silva; Ramos, 2010). Na prática o SUS é constantemente desafiado pela necessidade de adequar o abordagens e metodologias de ação no intuito de garantir o acesso universal, não admitindo que as especificidades sociais sejam obstáculos à inclusão no sistema. Assim, a tarefa intrínseca da sociedade civil e organizações dos migrantes de lutar pela garantia dos direitos como estratégia de fortalecimento da mediação basilar é indispensável para edificar direitos de cidadania e emancipação da população migrante.

4 O ACESSO DO MIGRANTE AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL

As pesquisas que se preocupam com as demandas de atuação e no atendimento das questões sociais, com ênfase no debate sobre os direitos ao acesso às políticas públicas de saúde extensivos aos migrantes estão ganhando visibilidade ascendente, pois o Brasil não ficou imune às transformações da realidade migratória que se alastrou em escala global, também considerada como um dos maiores desafios da humanidade neste século.

Assim, como mudam as rotas nos mapas dos fluxos migratórios, também mudam outras características, que se adequam conforme o contexto histórico em que se encontram. No entanto, as dificuldades que migrantes enfrentam ao chegarem em um novo país são semelhantes; incluem o idioma, diferenças culturais, étnicas, econômicas, discriminação por motivos religiosos, dificuldades no reconhecimento de suas competências acadêmicas, perda das relações sociais, ruptura familiar, perda de papéis sociais, identidades e posições ocupacionais, todas elas podem afetar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias migrantes; ressalte-se, ainda, que muitos estão expostos situações de riscos relacionadas à pobreza, violência e exclusão social (SANTANA et al., 2014). Por outro lado, os migrantes constituem grupos heterogêneos quanto à origem, situação socioeconômica, gênero, idade, religião, cultura e *status* legal, englobando-se, porém, e sobretudo, a variedade de experiências de vida e motivos da migração.

A diversidade da volição de migrar deve ser considerada, pois comprehende o processo voluntário ou não, há diferentes fatores de expulsão ou atração, vinculados ao mercado de trabalho, à continuação dos estudos e à formação, aos relacionamentos afetivos, à curiosidade de conhecer outros países e culturas, assim como às perseguições, guerras civis e catástrofes naturais, além do tráfico de pessoas. Esses aspectos são relevantes sob a ótica da saúde, devido à influência direta nos tipos de necessidades, de cuidados e serviços, determinando as formas de recursos de saúde necessários para dar uma resposta adequada a cada situação (PADILLA, 2011; ZENI; FILIPPIM, 2014).

Com efeito, a efetividade do direito à saúde para os migrantes no Brasil esbarra em algumas questões importantes a serem discutidas; desse modo, é possível observar a presença marcante de ações pontuais e segmentadas que não incorporam a totalidade do conjunto de problemas que emergem das variadas situações de saúde, oriundas das vulnerabilidades impostas pelo processo migratório, tais como: riscos nas relações interpessoais, riscos nas

situações de trabalho, situações de exclusão social motivadas por relações fundadas em preconceitos, existência de atos discriminatórios por vezes institucionalizados e, não raramente, o extermínio de pessoas como fato presente em várias sociedades (ZIMMERMAN; KISS; HOSSAIN, 2011). Nesse sentido, os participantes da pesquisa mencionam, em seus discursos, pontos positivos e negativos referentes ao acesso do migrante aos serviços públicos de saúde no Brasil, dentre eles: idioma, conscientização dos agentes públicos quanto ao direito do migrante ao SUS, documentação (cartão SUS), orientação aos migrantes sobre o direito e funcionamento do SUS e questões relacionadas à discriminação e xenofobia.

Quanto ao idioma, os participantes consideram um aspecto negativo, conforme se percebe nos discursos abaixo:

O que interfere no atendimento é a língua, porque eles não entendem o que as pessoas falam e eles ficam apavorados [...] você não precisa falar muitas línguas para se comunicar precisa mesmo é de paciência. (Araçari)

[...] também tem como agravante do idioma que dificulta o acesso. Então existe uma deficiência no atendimento do SUS para essas pessoas [...]. (Cegonha)

A falta de acesso, as grandes distâncias e para o migrante tem as dificuldades da língua que é um fator que impede o acesso [...]. (Pelícano)

Torna-se importante atentar para os aspectos que a questão da comunicação impõe, nesse contexto, e deve-se sublinhar a polissemia desse objeto, delimitando a rede de conversação envolvida na interação entre profissional e usuário nos serviços de saúde. Segundo Teixeira (2007), o trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente conversacional dos processos de trabalho que se dão no encontro entre trabalhador e usuário. Aqui, parece pertinente que se retome a base do pensamento marxista - a antologia do trabalho - para discutir a importância da linguagem como mediadora do processo da prática social estabelecida entre usuário do SUS migrante e profissional. De forma mais clara,

O modo através do qual os homens produzem seus viveres depende, em primeira mão, da própria constituição dos seres encontrados na natureza e daqueles a serem produzidos. Esse modo de produção (*Weise der Produktion*) não deve ser observado apenas sob o ponto de vista que faz dele a reprodução da existência física dos indivíduos. Ele é, muito antes, uma forma determinada de expressar sua vida, uma forma de vida determinada do mesmo. Assim como os indivíduos expressam sua vida, assim eles também são. O que eles são coincide com sua produção, tanto com o que eles produzem, quanto o como eles o produzem. O que os indivíduos são, portanto, depende das condições materiais de sua produção. (MARX;

ENGELS, 2007, p. 42).

Essa passagem permite compreender que a capacidade de trabalho, constituída categoria ontológica do homem, as produções do homem bem como o modo como produz expressam a sua vida material concreta; portanto, há lógica na concepção de que a vida social é reflexo da forma como o trabalho se organiza entre os homens quando da necessidade de intercâmbio, cuja materialidade se dá tanto pela consciência quanto pela linguagem, que nascem da interação entre os homens. Apesar de não ter o objetivo de discutir a consciência, não é possível abordar a linguagem sem citá-la, visto que não é imaginável separá-la da totalidade da atividade humana. Marx e Engels (2007, p. 53) não trataram especificamente da linguagem, porém, em seus escritos acerca da consciência afirmaram:

Somente agora, depois de termos considerado quatro momentos, quatro aspectos das relações originárias históricas, nos damos conta de que o homem tem também consciência. Mas também não é, desde o princípio, uma consciência pura. O “espírito” já carrega de antemão consigo a maldição de estar acometido pela matéria, que aqui se manifesta sob a forma de camadas de ar em movimento, de sons, em uma palavra, sob a forma de linguagem. A linguagem é tão velha quanto a consciência: a linguagem é a consciência prática, a consciência real, que existe também para os outros homens e que, portanto, começa a existir também para mim mesmo; e a linguagem nasce, assim como a consciência, da necessidade, da carência de intercâmbio com os demais homens [...] (MARX; ENGELS, 2007, p. 53).

Para Marx e Engels (2007, p. 31), a língua é a realidade imediata do pensamento, ao produzir ideias e conceitos; portanto, “[...] está diretamente entrelaçada com a atividade e o intercâmbio materiais [...]” entre pessoas, e indicam que isso é a linguagem da vida real. Um aspecto definidor da vida humana é o trabalho social, a maneira como são organizadas as atividades produtivas interligadas do homem; com intuito de uma reprodução material, o trabalho humano demanda comunicação entre indivíduos. A linguagem é o elemento para que a mediação se concretize, é o próprio material de que é constituída a consciência humana. A língua é a forma de consciência especificamente humana, a consciência de seres singularmente sociais.

No cotidiano da assistência em saúde ao migrante, apresentam-se impasses impostos pela dificuldade de comunicação que trazem prejuízo às relações sociais. Diversos estudos apontam o idioma como principal empecilho para o acesso de imigrantes a serviços de saúde e a serviços públicos em geral (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015; BRASIL, 2015; WALDMAN, 2011). Destaca-se a dificuldade para encontrar funcionários que falem uma segunda língua. Casos especialmente difíceis, uma vez que os migrantes não constituem um grupo homogêneo

do ponto de vista étnico, são o dos bolivianos provenientes de áreas rurais, cuja língua materna é o “quéchua” ou o “aymara” e não o espanhol, conforme mencionado por Steffens e Martins (2016), o dos haitianos, que também utilizam o “créole”, língua comumente falada no âmbito popular, além do francês e o dos chineses, que possuem uma raiz linguística extremamente diferente do português.

[...]o idioma dificulta a comunicação. Eles tem medo de falar ficam constrangidos o que precisa são profissionais nas unidades de saúde que falem outras línguas e isso é difícil encontrar. (Biguá)

No Brasil chega gente de todo lugar do mundo, que falam muitas línguas, então fica mais complicada entender e se comunicar, são muitos idiomas e dialetos. (Garça)

Observa-se, então, que esse encontro pode ser atravessado por “mal-entendidos”, comprometendo a adesão às orientações e ao tratamento que é proposto. Porém, mesmo com a barreira do idioma é possível estabelecer uma comunicação, como insiste uma das participantes: “tem que ter paciência”.

Atualmente, pode-se lançar mão de ferramentas tecnológicas de fácil acesso, para traduzir textos e falas, como o próprio aparelho de celular, que, por meio da internet, é capaz de realizar traduções; ainda que com algumas falhas, é possível se fazer entender de ambas as partes. Contudo, ressalte-se que, da parte do atendente, são necessárias a disponibilidade e a informação. Especificamente no caso dos bolivianos em São Paulo, foi proposta a contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACSSs), bolivianos, pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) para ampliar e melhorar a “conversa” entre bolivianos e profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família do Bom Retiro, a partir de 2003, o que facilitou o acesso às oficinas de costura, além de possibilitar uma melhor compreensão da inserção desses imigrantes no território e de suas características culturais.

Diretamente relacionada à questão linguística está à desinformação sobre o SUS quanto ao direito aos serviços. Steffens e Martins (2016) relatam que muito frequentemente os migrantes indocumentados temem acessar o SUS por receio de denúncias, ou evitam o atendimento por não entenderem que se trata de um direito:

O SUS está habilitado para os brasileiros não é diferente a situação de atenção do SUS para os migrantes do que é para os brasileiros para ter acesso ao SUS na verdade está tendo agora, embora seja um sistema universal e não estivesse claramente proibido o atendimento à situação do migrante está invisível [...]. O imigrante não sente que tem direito ao SUS,

precisa muita conscientização de ambas as partes. (Biguá)

As pessoas que vem de fora não entendem que o SUS é gratuito e que ele também tem direito. (Garça)

[...] uma porque eles têm medo de procurar o serviço tem medo de ser denunciado. (Cegonha)

Esses resultados podem ser reflexo da comparação que os migrantes fazem entre o SUS – que apesar de suas deficiências é um sistema universal e gratuito que legalmente não impõe limitações ao acesso de migrantes, independentemente de seu *status* – e os sistemas de saúde de seus países de origem, que nem sempre consagram princípios como a universalidade e a gratuidade dos serviços.

Os princípios doutrinários do SUS – universalidade, equidade e integralidade – descrevem as ideias filosóficas e ideológicas desse modelo de saúde escolhido para o País, norteiam a implementação do sistema e materializam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde a todos os cidadãos. Veja-se como são concebidos:

- a) Universalidade – o acesso às ações e serviços deve ser garantido à todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; desse modo, reconhece a saúde como um direito ampliado de cidadania para todos, portanto simboliza o fim do modelo de exclusão precedente, em que apenas contribuintes da previdência social tinham direito a uma assistência à saúde qualificada. De maneira geral, garantir acesso universal é somente uma das estratégias redistributivas consideradas em uma política de proteção e inclusão social (BRASIL, 1990a, 1990b; MENDES; VASCONCELOS, 2015; POLIGNANO, 2001).
- b) Equidade – comprehende o princípio de justiça social, afim de garantir a igualdade na assistência à saúde; portanto, envolve a diminuição das diferenças evitáveis e injustas na oferta de serviços de saúde em função das necessidades da população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A política de saúde brasileira se constitui com bases no modelo prevencionista e aglutinador de assistência a todos os cidadãos, indistintamente, como objetivo de corrigir o modelo excludente do passado. Assim, tornou-se uma das políticas sociais do Estado brasileiro mais inclusivas e igualitárias (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1997; POLIGNANO, 2001; MENDES; VASCONCELOS; 2015).
- c) Integralidade – entendida na dimensão do cuidado integral, significa considerar a pessoa na sua totalidade, levando em conta os aspectos biológicos, psicológicos e

socioculturais. Destarte, mesmo na dimensão individual, proporciona um caráter completo. A integralidade compõe o ideário em relação à coerência das doutrinas do SUS, pois desconsidera a visão parcializada e fragmentada do cuidado, seja no nível das ações e dos serviços, seja na perspectiva do usuário que necessita de atenção preventiva e curativa (BRASIL, 2007; MENDES; VASCONCELOS; 2015; PAIM; SILVA; RAMOS, 2010). Desses princípios emanaram outros organizativos, a saber:

c.1) Hierarquização – a garantia da saúde estaria condicionada às políticas econômicas e sociais, mediante os fatores determinantes do processo saúde-doença; a hierarquia, nesse contexto, deve ser apreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação, considerando o perfil epidemiológico da população como base para estabelecer as prioridades. Sua operacionalização se dá por meio de mecanismos de referência e contrar-referência, em todos os níveis de complexidade tecnológicas crescentes do sistema, afim de garantir o retorno do paciente ao serviço de origem (BRASIL, 1990a, 1990b; LOBATO, 2012; POLIGNANO, 2001).

c.2) Participação Popular – refere-se à democratização do Estado por meio dos processos decisórios, consolidada na participação dos usuários dos serviços de saúde, nos intitulados Conselhos Municipais de Saúde, que são instâncias obrigatórias em todos os níveis de governo, com o objetivo de intensificar a atuação da sociedade civil na formulação, implementação e controle das políticas de saúde. Essa participação é de caráter paritário e deliberativo, com a representação de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outro instrumento de participação são as conferências de saúde, periódicas, que têm como atribuição definir prioridades na formulação de políticas de saúde (BRASIL, 1990a, 1990b; POLIGNANO, 2001; SOARES, R., 2012).

c.3) Descentralização e regionalização – a descentralização constitui eixo fundamental da reforma. O sistema único passa a ter uma redistribuição das responsabilidades concernentes às ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo; a provisão direta de serviços deve ter nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, ao que se denominou municipalização da saúde. Contudo, o sistema é unificado em rede, ou seja, interligado em serviços relacionados às

diferentes esferas de governo, com o propósito de atender os cidadãos de forma referenciada e de acordo com o nível de complexidade exigido (BRASIL, 1990a, 1990b; LOBATO, 2012).

Os princípios que nortearam o trabalho propõem uma oferta organizada, afim de intervir no plano individual, coletivo em distintos momentos e amplitudes do processo saúde-doença. Deste modo, para pensar nas propostas das ações desenvolvidas pelas políticas públicas de saúde é importante concebê-la como modelo de organização do trabalho em saúde em seu melhor sentido, apoiadas para obter um horizonte ético claro e intersubjetivamente acessível, voltadas para a construção de práticas de saúde guiadas pelos valores da emancipação humana. Portanto, um modelo assistencial que busca articular os principais eixos norteadores que condizem com o atual sistema de saúde.

Santos (2016) relatou, a partir das questões que envolvem os migrantes haitianos no Amazonas, sobre a relutância que essas pessoas manifestam para aderirem as iniciativas institucionais do governo, relacionadas, principalmente, à saúde. O autor atribui essa atitude à desconfiança constante, que os leva a evitar contatos institucionais, receosos de que, ao se exporem, haja uma repercussão negativa em relação à obtenção de seus vistos permanentes; eles evitam, também, ser fotografados. Esse comportamento parece estar relacionado a experiências anteriores de deslocamento, especialmente em países com mais restrições em relação aos migrantes. A dificuldade em lidar com as normas de um sistema de saúde diferente de seu país natal, com regras e rotinas desconhecidas, é considerado um fator que dificulta a integração (CASTAÑEDA, 2010). Portanto, a ausência de informação dos migrantes sobre seus próprios direitos em relação à universalidade do SUS é fator que contribui negativamente para o acesso à saúde. Outro aspecto relevante que constitui uma barreira ao acesso à saúde, refere-se à documentação, especificamente o cartão SUS, conquanto não seja consenso, entre os participantes, qualificá-lo como aspecto negativo:

[...] agente fala aqui que o SUS é um acesso para todos e que basta qualquer documento para ser atendido, mas isso não é verdade sempre, [...] outra dificuldade é a questão da residência que muitas vezes as pessoas têm dificuldade de conseguir ter ou não documento, acontece a falta de atendimento por causa da falta de documentação não é muito fácil e eu sei que acontece, então dizer que o SUS é para todos [...] é!!! Mas, existem alguns pontos que precisam ser esclarecidos. (Tesourinha)

Eles são bem atendidos aqui, mas nós esbarramos com alguns problemas, às vezes de documentação, às vezes problemas burocráticos mesmo do SUS, problemas que os brasileiros também enfrentam nos serviços de saúde.

(Andorinha)

Bem [...] a documentação é o primeiro problema, as pessoas não sabem que mesmo sem documento do Brasil, eles devem ser atendidos, aí acontece que só são atendidos no serviço de emergência. E até ele saber que tem direito, já foi negado o atendimento muitas vezes [...]. (Pelícano)

Quando se trata de saúde pública, é garantido que qualquer pessoa seja atendida, mesmo sem portar qualquer documento de identificação como Registro Geral, Cadastro de Pessoa Física, Registro Nacional de Estrangeiro, cartão do SUS, entre outros. Porém, verifica-se, muitas vezes, o descumprimento da Constituição e a omissão do Estado, quando agentes públicos recusam atendimento na ausência do documento, principalmente do cartão SUS, tratando-se dos serviços de saúde.

O cartão do SUS, mais conhecido como “carteirinha do SUS”, é adquirido mediante cadastro prévio, que pode ser realizado facilmente nas unidades mais próximas da residência do usuário, pois tem apenas um único requisito que independe da condição migratória regular – a apresentação de qualquer documento de identificação, inclusive do país de origem. Como o que pauta o acesso à saúde no Brasil é o princípio da universalidade, o que significa que o acesso à saúde é um direito de toda a população, este não pode ter impedimento de nenhuma barreira (econômica, social, cultural, política, outras). Com o intuito de reforçar tal universalidade no atendimento do SUS, a Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011, do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, foi expedida para regulamentar o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), determinando nos seus artigos 13º e 23 que:

Art. 13. Não se constituem impedimentos para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde:

I - inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde;

II - desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde; e

III - impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde.

Parágrafo único. As atividades de identificação e cadastramento podem ser efetuadas posteriormente ao atendimento realizado.

Art. 23. Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento.

§ 1º Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua.

§ 2º No caso de brasileiros residentes no exterior e de estrangeiros não

residentes no país, será registrado como endereço de domicílio permanente apenas o país e a cidade de residência. (BRASIL, 2011).

Portanto, claramente, os entraves oferecidos ao atendimento da população migrante sem documentos no SUS são inconstitucionais e ilegais. Contudo, este documento é extremamente valorizado pelos migrantes, especialmente quando recém-chegados, o primeiro documento brasileiro recebido e utilizado por muitos para comprovar a presença em território nacional para obtenção de anistia aos não documentados. Martes e Faleiros (2013) explicitam que o cartão SUS desempenhou um papel importante na anistia concedida pelo Brasil aos migrantes não documentados, em 2009. Para muitos bolivianos, ele era o único documento brasileiro que tinham, utilizado para comprovar a chegada e permanência no Brasil.

O discurso abaixo aponta para uma construção de sentido compatível com essa abordagem, em relação à aquisição do cartão SUS pelo migrante:

Você vê que existe um esforço muito grande de que o SUS seja para todos. Isso é verdade, então eu acho que estamos dando largos passos e vemos que está dando resultado, nós estamos conseguindo sensibilizar mais pessoas [...] geralmente ele passa no primário, faz o cartão do SUS, não tem muitas barreiras para o atendimento, ele vai e consegue fazer o cartão, tranquilo no lugar mais próximo da onde ele mora. (Araçari)

Martes e Faleiros (2013) narram situações vivenciadas no cotidiano do trabalho que realizam com os migrantes no município de São Paulo, que possui peculiaridades quanto ao atendimento dessa população, o que pode ser atribuído aos avanços, neste campo da legislação migratória, pois existem muitos migrantes internacionais que fazem parte daquele contexto municipal há décadas. Os autores, sobretudo na pesquisa, referem-se a que o serviço de saúde, na região metropolitana de São Paulo, foi positivamente qualificado pelos migrantes, que o consideram facilitador no processo de integração e por realizar ações diretamente no domicílio. Ressaltam que mesmo que os migrantes não possuíssem o cartão SUS, isso não era uma condição que impedisse o atendimento, bastando, para tanto, que apresentassem a carteira de identidade boliviana.

Xavier (2010) também aponta a importância da carteira de registro no SUS, como a primeira e, por vezes, a única identificação dos migrantes. Esse fato evidencia a não restrição do acesso pelo *status* legal de regularização, no país, e reforça o caráter universal e gratuito do SUS.

Aguiar, Neves e Lira (2015) fazem menção de outro aspecto positivo do Cartão SUS, que é o de ele permitir, por meio dos cadastros, que se obtenham dados quantitativos sobre o

acesso dos migrantes aos serviços de saúde, embora com algumas restrições, como subnotificação, duplicação, falta de atualização, contagem de não residentes. Dessa forma, é possível quantificar o número aproximado dos migrantes no país, independentemente do *status* dos mesmos. Os autores destacam que em fevereiro de 2015 havia 39.474 migrantes cadastrados no sistema do Município de São Paulo.

Contudo, é possível inferir, ao longo do discurso anterior da participante, aspectos ambíguos, já que, ao mesmo tempo em que são relatadas facilidades referentes à obtenção do documento, a entrevistada menciona não existir barreiras para o atendimento, possibilitando a interpretação de que, ainda assim, existem barreiras, mas estão sendo vencidas ao longo do tempo e que essa condição depende do agente público que realiza o primeiro atendimento, observado no trecho que fala não estar conseguindo sensibilizar mais pessoas. Esse comentário é recorrente em alguns relatos, o que pode sugerir que é importante que os profissionais envolvidos no atendimento sejam orientados com relação aos serviços públicos de saúde dos migrantes internacionais.

[...] o primeiro acesso na Atenção Básica deveria ser assim. E aí depende do funcionário do profissional que faz esse primeiro atendimento, mas vale, a gente sabe que seria só conversar. (Tesorinha)

Hoje a gente percebe uma demanda muito grande pela saúde, bem lá em Curitiba tivemos problemas, mas agora os agentes públicos já estão bem sensíveis a essa situação e a secretaria de direitos humanos está atuando bem firme na questão dos direitos, junto com o CRAS [Centro de Referência de Assistência Social] e o CREAS [Centro de Referência Especializada de Assistência Social], estão bem sensibilizadas nesta questão, então já está um pouco mais tranquilo mesmo com todas essas dificuldades de mau atendimento, por que é assim, depende muito do agente público. (Maçarico)

Em diversos discursos pode-se observar a expressão “SUS é para todos”, proveniente de campanhas publicitárias do Governo Federal na mídia escrita e falada, afim de esclarecer à população sobre o direito de acesso à saúde pública. No entanto, muitas vezes a palavra todos não é entendida no sentido amplo de “todos os seres humanos”, mas no sentido de “todos os brasileiros”. Tal entendimento por parte dos agentes públicos evidencia o despreparo e a falta de orientação quanto aos princípios doutrinários do SUS, que se reflete na assistência de saúde prestada à população migrante no país, deixando somente os serviços de emergência como porta de entrada a essas pessoas, que também não têm acesso à informação sobre seus direitos. Ressalte-se, aqui, esta parte do discurso de um dos participantes:

[...] então eles são atendidos na urgência e emergência, a questão da

prevenção não é realizada [...] encontram muitas dificuldades, por falta de conhecimento das pessoas que estão lá na ponta atendendo o atendente não sabe que o migrante tem direito ao atendimento do SUS, que muito mais que uma lei nacional é um direito humano. (Cegonha)

Cabe explicitar que os serviços de saúde no Brasil, a exemplo da prestação de assistência no SUS, baseiam-se em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além desses princípios, o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à Atenção Básica e o outro que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Dessa forma, foram definidos sistemas de informação, de pagamento, de controle, avaliação e regulação (BRASIL, 2007).

A Portaria n. 648, 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde, define assim, a Atenção Básica em saúde:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência [sic] e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

[...]

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006a).

Portanto, a Atenção Básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. Assim, torna-se claro que, embora a Atenção Básica em saúde seja apreendida como a base orientadora do sistema – sua porta de entrada preferencial, que deve ter visão integral da assistência à saúde para sua população adiscrita –, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam

as necessidades dos pacientes do SUS. É nesse sentido que alguns participantes narram dificuldades, quando, por falta de conhecimentos dos profissionais chamados “profissionais da ponta”, que realizam as atividades de recepção e acolhimento, negam-lhes atendimento por falta de documentos e por acreditar que o fato de ser migrante caracteriza-se como um impedimento para a oferta da assistência. O migrante, ao se deparar com a negação do atendimento na unidade de saúde de Atenção Básica, e necessitando do serviço de saúde, procura a unidade de emergência, cuja forma de atendimento é diferente, pois são classificados como nível secundário de atenção à saúde, como é o caso das Unidades de Pronto Atendimento, os hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, define média e alta complexidade em saúde da seguinte forma:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2007, p. 16).

Esse mesmo órgão concebe alta complexidade como o

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica) [entre outros] [...] (BRASIL, 2009, p. 32-33).

Nesse contexto, o serviço de emergência atende as necessidades de saúde do indivíduo em determinado momento, mas há situações que não são resolvidas, pois precisa de acompanhamento; a atenção dedicada ao paciente é menor e não se estabelecem vínculos, o que gera um tratamento inadequado às demandas e às necessidades dos migrantes.

Verifica-se, portanto, a necessidade de acompanhamento, na Atenção Básica, que vise à promoção de políticas voltadas tanto à prevenção de doenças como à preservação do bem-estar nas comunidades. Com efeito, a falta de informação dos servidores no campo da saúde limita, dificulta e/ou nega o atendimento ao migrante, nessa primeira esfera pública. É evidente que a criação de políticas de saúde, como a ESF, que se baseia na prevenção da doença e na promoção da saúde, e o cartão SUS, trouxeram melhorias no atendimento de todos os brasileiros, ao mesmo tempo em que se mostraram potencialmente favoráveis ao acolhimento da população migrante.

No âmbito desta pesquisa, há falas que concordam e reconhecem na prática os espaços das ESF e Unidade Básica de Saúde (UBS) como ambientes de convivência dos migrantes, já que são dos poucos espaços frequentados por eles, com destaque para os migrantes que se estabeleceram na região metropolitana de São Paulo e Curitiba. Mas, também houve relatos quanto aos obstáculos, no plano dos serviços e dos afetos dos prestadores de serviços, onde há relatos das dificuldades quanto a relutância eventual dos profissionais da área administrativa como recepcionistas e atendentes e profissionais de saúde como enfermeiros, médicos, com ênfase os ACSs que fazem oposição quanto a inclusão dos migrantes em suas atividades de promoção da saúde. Os casos de haitianos na região de Rondônia é um exemplo.

Os ACSs, apesar de não constituírem um contingente profissional especializado – a formação escolar exigida para o cargo não ultrapassa o nível fundamental –, são notadamente importantes para o desenvolvimento da assistência à saúde da população, pois são responsáveis por percorrer as comunidades para efetuar cadastros, acompanhar as gestantes e as crianças e orientar os usuários sobre como obter atendimento aos seus problemas de saúde. A compreensão e adesão dos ACSs são essenciais para o sucesso de qualquer ação de saúde. Os relatos desta pesquisa demonstram que esses profissionais se tenham recusado a incluir residentes que habitam casas alugadas – condição dos haitianos – devido à grande rotatividade das habitações e os arranjos alternativos de moradia como as estâncias ou quitinetes, razões que os levam a considerar que não é possível realizar um acompanhamento, em longo prazo, daquelas famílias.

Tal situação afastou ainda mais os migrantes dos serviços de saúde, pois além de serem discriminados pelo tipo de moradia, não são conhecedores de seus direitos, uma questão passível de solução, tendo em vista que os ACSs têm condições de orientá-los e conscientizá-los acerca dos princípios do SUS e a responsabilidade do exercício profissional, desde que também sejam capacitados. A transformação da formação e das práticas nos serviços de saúde constitui-se em diversos desafios que se confrontam, de forma contraditória,

com a sociedade em tempos de neoliberalismo, onde a saúde, como prática social são destituídas do lugar de bem público e passam a ser vistas/divulgadas/ problematizadas como mais um produto oferecido pela mercantilização.

Fazendo as ligações entre as informações coletadas e a teoria, é necessário puxar os fios que tecem os processos da educação permanente em saúde concebida como:

[...] ações educativas embasadas na problematizarão do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde. (BRASIL, 2012, p. 19-20).

Assim, para minimizar as atitudes dos profissionais que relutam em garantir o acesso dos migrantes, pode-se lançar mão da educação continuada, entendida como um princípio na efetivação da compreensão dos trabalhadores quanto à universalidade do SUS, nos contextos do trabalho, visto que possibilita desenvolver potencialidades e novas habilidades, além de estimular a capacidade de crítica, de organização e de luta pela garantia de direitos, na sociedade atual. A ruptura com as formas verticalizadas de relacionar-se na saúde exige pensar em uma “educação para a autonomia”, a qual possibilite aos sujeitos sociais o exercício do conhecimento, da reflexão e da decisão, para estender as possibilidades de participação na realidade concreta da vida em sociedade (FREIRE, 2006). Ao acreditar e investir no desenvolvimento dos sujeitos sociais, emerge o potencial transformador sobre suas ações no mundo. Neste contexto, em Marx (1982), o método de conhecer a realidade está associado à possibilidade de transformá-la, de desmistificar as leis econômicas e políticas que regem uma dada sociedade, mostrando-as como resultantes da ação e interação entre os seres humanos; portanto, como processo histórico.

Destarte, compreender a lógica social que fundamenta o cotidiano do trabalhador nos serviços públicos de saúde, seja na operacionalização, na experiência deste processo no trabalho, ou sua implicação nas práxis de trabalho frente às necessidades de saúde da população, constitui-se imprescindível quando analisadas as diferenças regionais relativas aos aspectos de acesso à saúde observadas e que apresentam características merecedoras de ajustes, para afastar os obstáculos identificados, ora na melhoria das ações de acolhimento, considerada como uma das principais ações para a humanização da Atenção Básica, na escuta do usuário e das suas queixas e da responsabilização na resolutividade das demandas. Esses são aspectos de suma importância para o sucesso do sistema.

Campos (2015) aponta que, enquanto trabalhadores, podemos e devemos avançar no

micro espaço do fazer em saúde, sem, no entanto, deixar de ter presente o macro, ou seja, as políticas públicas (informação verbal)¹⁴. Um dos grandes problemas, segundo o médico, é deixar de realizar, de fazer, por falta de forças para enfrentar as dificuldades, pelos limites da burocracia, da configuração do estado, das condições de precarização do trabalho e tantos outros empecilhos. Porém, não há como desconhecer que os trabalhadores realizam, fazem, apesar de todas as dificuldades.

Observa-se, nas narrativas, que alguns dos problemas nos processos de acolhimento estão ligados a impedimentos relacionados à xenofobia e discriminação, destacado no discurso abaixo:

Ainda tem também o acolhimento que muitas vezes não é feito. As pessoas, os profissionais não têm paciência para ouvir e tentar entender a situação. Sabemos que o SUS é para todos, está aí nas propagandas, mas na prática não é bem assim, acho que é por falta de conhecimento tanto dos gestores quanto dos profissionais da ponta do atendimento direto. Também temos a questão da discriminação da xenofobia que dificulta o atendimento. (Pelicano)

As particularidades da realidade brasileira enquanto sociedade capitalista periférica tem, na sua formação sócio histórica a articulação entre capitalismo, racismo (regime escravista) e patriarcado, que torna os indivíduos, mediante profundo desenvolvimento das forças produtivas, cada vez mais dilacerados, despotencializados e extraviados de sua humanidade e diversidade. Isso porque o racismo e o patriarcado se tornaram funcionais às relações sociais capitalistas. A diversidade humana em uma perspectiva de totalidade no entendimento da vida social emerge como um problema real mediante as situações concretas de práticas discriminatórias baseadas na raça/etnia, criam constrangimentos e obstáculos na emancipação dos migrantes enquanto sujeitos sociais, pois no capitalismo evidencia-se a alienação e, portanto, não há lugar para a efetivação integral desses sujeitos. A aprovação da Nova Lei de Migração (Lei n. 13.445/2017) no Brasil apresenta-se de maneira a materializar o projeto emancipatório, no bojo da luta de classes dessa população.

Para Ianni (2004, p. 21), a questão racial parece um desafio presente, “[...], mas trata-se de algo que existe desde há muito tempo. Modifica-se ao acaso das situações, das formas de sociabilidade e dos jogos das forças sociais, mas reitera-se continuamente, modificada, mas persistente [...].” Para o autor, a raça, a racialização e o racismo

¹⁴ Videoconferência no contexto do Curso de Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, turma de Porto Alegre, realizada em 2014.

[...] são produzidos na dinâmica das relações sociais, compreendendo as suas implicações políticas, econômicas, culturais. É a dialética das relações sociais que promove a *metamorfose da etnia em raça*. A “raça” não é uma condição biológica como a etnia, mas uma condição social, psicossocial e cultural, criada, reiterada e desenvolvida na trama das relações sociais, envolvendo jogos de forças sociais e progressos de dominação e apropriação. Racionalizar uns e outros, pela classificação e hierarquização, revela-se inclusive uma técnica política, garantindo a articulação sistêmica em que se fundam as estruturas de poder. (p. 23).

Nas entrevistadas realizadas, os participantes também se referiram à falta de uma cultura de acolhimento aos migrantes, traduzida em despreparo, discriminação e xenofobia por parte de profissionais da saúde. Nos relatos, destacaram-se o desconhecimento dos aspectos culturais do migrante, entendido como possível causador de situações de diagnósticos equivocados ou uma percepção, por parte dos migrantes, de desrespeito ou insuficiência do atendimento. A procura dos serviços de saúde pelo migrante está relacionada às suas necessidades amplamente induzidas pela cultura de origem, crenças e práticas, bem como ao conhecimento da cultura, idioma e redes de apoio do país de acolhimento.

O processo saúde-doença, por sua vez, deve ser apreendido como complexo e dinâmico, estando diretamente conexo aos contextos cultural, socioeconômico e político, com os hábitos, comportamentos e crenças individuais e com o acesso aos serviços de saúde, resultando da interação de diversas causas, internas e externas, que ocorrem ao longo do tempo e em distintos contextos (REIS; RAMOS, 2012). Citem-se, como exemplo, os resultados dos trabalhos desenvolvidos com as gestantes bolivianas, em São Paulo, que apontam para a importância da abordagem de questões culturais – sobretudo relacionadas ao parto – durante o pré-natal, pois há muitos relatos sobre a dificuldade em realizar seus partos nos hospitais públicos na cidade de São Paulo: elas são resistentes a procedimentos como o da cesariana, que possui significado pejorativo entre elas. Desse modo, somente será possível promover a discussão desses temas, com as gestantes bolivianas, com a continuidade de seu pré-natal e uma escuta diferenciada para essas questões (MADI; CASSANTI; SILVEIRA, 2009; SASS et al., 2010; SILVA; RAMOS, 2010).

A falta de capacitação ou habilidades para lidar com a diversidade, especialmente dos migrantes internacionais, torna tais grupos mais vulneráveis a preconceitos e discriminação, inclusive racial. A vinculação de estereótipos e visão negativa induz o profissional à recalcitrância em relação a esses novos usuários e, consequentemente, as instituições responsáveis a agirem sem a devida cautela em relação à desinformação, geradores de incompreensão de conceitos e desconfortos comuns aos migrantes.

No plano internacional identificam-se adversidades semelhantes na efetividade do direito à saúde das populações migrantes em diversas sociedades receptoras de fluxos migratórios, condição que se confirmou com os migrantes internacionais no Brasil, a partir desta pesquisa. Os obstáculos linguísticos e culturais, as condições de trabalho degradantes às quais esses grupos estão frequentemente mais expostos, além da ausência de profissionais de saúde “culturalmente competentes”, isto é, que reconhecem e incorporam “habilidades interpessoais” no trato de pacientes de “diferentes bases culturais” apresentam-se como desafios à garantia do direito humano à saúde em face da mobilidade humana contemporânea (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2013).

Estudos realizados no Brasil acerca do acesso à saúde de bolivianos nas UBS e ESF demonstraram a importância do agente comunitário de saúde como atores fundamentais nesse processo, aproximando migrantes ao serviço e promovendo ações preventivas de saúde. A própria sede da UBS foi vista como um importante espaço de convívio entre os imigrantes e os brasileiros (MELO; CAMPINAS, 2010; SILVA; RAMOS, 2010; WALDMAN, 2011; XAVIER, 2010).

Fernandes e Castro (2014) realizaram o projeto sobre a migração haitiana no Brasil, intitulado *Estudos sobre a Migração Haitiana ao Brasil e Diálogo Bilateral*, quando foram levantadas informações por meio de duas pesquisas, uma que ouviu 340 imigrantes haitianos nas cidades de Belo Horizonte, Curitiba, São Paulo e Porto Velho, e outra, de cunho qualitativo, que realizou nove grupos focais nessas mesmas cidades, além da cidade de Manaus.

Em relação a tratamento de saúde, 53,1% dos entrevistados tiveram que recorrer ao serviço de saúde para tratamento de alguma doença. Dos que fizeram uso dos serviços de saúde, 81,6% utilizaram o SUS avaliando-o como bom e muito bom em 72,8% dos casos. A maioria dos participantes demonstrou-se satisfeita com relação à infraestrutura dos equipamentos de saúde, à capacidade e à não discriminação do atendimento de saúde. Porém, houve relatos de descontentamentos quanto ao atendimento no SUS, especialmente pela demora, situação não muito diferente da vivenciada pelos brasileiros que utilizam o serviço (FERNANDES; CASTRO, 2014).

Essas queixas relatadas no estudo acima, também se confirmaram nas falas dos participantes desta pesquisa que enfatizaram essas insatisfações relacionando-as aos atendimentos em hospitais públicos e não há rede de UBS nas quais são realizados diversos programas voltados para a prevenção de doenças. Também destacou-se que, em geral, os migrantes, tanto masculinos quanto femininos, têm pouca informação sobre a assistência à

saúde no Brasil e que alguns esforços tem sido empreendidos para minimizar essa falta de informação, como o desenvolvimento ações de divulgação do SUS e de atendimento junto aos grupos de migrantes, acolhendo-os de forma adequada e humanizada como preconiza a política de saúde do Brasil.

Nesse cenário de lutas para tornar efetivo o direito à saúde, há de se destacar a atuação internacional dos movimentos sociais que alcançaram conquistas importantes, resultando na expansão do acesso universal à saúde, transformando-a em direito fundamental aceito no plano internacional, e tornando-o presente na maior parte das constituições nacionais do mundo, inclui-se aqui o Brasil. Contudo, em grande parte das vezes, os fluxos migratórios não se fazem acompanhar, por medidas efetivas para a incorporação dessas populações ao novo país ou região e constata-se que, em várias partes do mundo, esse direito permanece ancorado à conquista da cidadania do país de destino, o que inviabiliza o acesso dos migrantes à saúde (MARTEST, 2011).

Como consequência da dinamicidade e motivações dos processos migratórios, grande parte dos migrantes chegam empobrecidos aos destinos, com o acesso limitado aos recursos disponíveis nestes locais, apresentam problemas de saúde associados à pobreza, bem como a suscetibilidade à agravos de saúde correlativos aos perfis de morbidade e de mortalidade específicos das regiões de que são provenientes.

A chegada dos “migrantes pobres” e, principalmente, indocumentados, no sistema público de saúde brasileiro, requer constante atenção dos gestores locais, regionais e do sistema federal, pois reside, nesse contexto, uma das maiores iniquidades em saúde, no momento atual. A falta de informação para verificar o quanto os migrantes recorrem à assistência de saúde no território brasileiro colabora para ações insuficientes nesse campo. Outro aspecto a ser considerado é o caso daqueles que se autoexcluem do sistema de saúde pela condição irregular em que se encontram, ou sejam, não adquiriram ainda documentos de regularidade para permanecer no Brasil e a falta de informação para facilitação ao acesso.

Para o enfrentamento dessas dificuldades inerentes a essa condição, exige-se adequação dos serviços para o acolhimento efetivo dessas populações, afim de se vencerem barreiras culturais e linguísticas e se reduzirem as limitações de acesso aos serviços de saúde, tanto para as ações de assistência como de promoção e prevenção. Isso pressupõe constante ação comunicativa para diminuir resistências e receios dos migrantes em relação aos serviços de saúde e dos trabalhadores da saúde em relação aos migrantes.

Muito embora as conquistas históricas representadas pela Constituição Federal de 1988 sejam relevantes, o universalismo que implodiria as diferenças sociais em nome de um

igualitarismo jurídico que não corresponde à realidade vivenciada pelos migrantes no Brasil. As especificidades como gênero, etnia, cor, classe, cultura, entre outras, permanecem atuando como fatores impeditivos para o pleno exercício de direitos básicos entre grande parte dessa população (BRASIL, 1988). O Brasil representa uma diversidade, na qual a questão geográfica e social constitui-se em fator de peso no acesso aos serviços e políticas públicas; o princípio da equidade no SUS é desafiado devido à necessidade constante de moldar abordagens e metodologias de ação no intuito de garantir o acesso universal, não permitindo que as especificidades sociais tornem-se barreiras à sua inclusão no sistema e, sobretudo, disponibilizando assistência de saúde integral.

4.1 ESTRATÉGIAS ADOTADAS NO ÂMBITO DE SAÚDE DESTINADAS À ASSISTÊNCIA À COMUNIDADE MIGRANTE

O estado de saúde constitui-se um produto de uma rede complexa de relações e determinantes que envolvem fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais, econômicos, políticos, culturais, comportamentais e estilos de vida. Nos contextos peculiares nos quais os migrantes estão instalados há também de se considerarem os fatores inerentes ao processo migratório como influência no estado de saúde.

A partir de um aumento do contingente migratório no Brasil, com acentuada situação de vulnerabilidade e exclusão social, intensificaram-se, na mesma proporção, as demandas referentes aos cuidados de saúde destinados à proteção da saúde. Nesse campo, criar o debate torna-se necessário para as políticas públicas de saúde, referenciadas no SUS, afim de que se criem estratégias capazes de atender às necessidades da população migrante.

Dentre as múltiplas experiências vivenciadas pelos sujeitos participantes da pesquisa, os discursos referentes aos avanços e lacunas das ações de saúde, pensadas e concretizadas pelo Estado para inserir os migrantes internacionais nas políticas públicas, destaca-se o município de São Paulo, que, de acordo com a fala do participante Araçari, é o “termômetro da migração no Brasil”. Pode-se inferir que tal afirmação parta dos processos históricos que envolvem o Estado de São Paulo, em particular a sua capital, que é mundialmente conhecida e exerce significativa influência nacional e internacional, considerada principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul. É a cidade mais populosa do Brasil, do continente americano, da lusofonia e de todo o hemisfério sul. São Paulo é a cidade brasileira mais importante no cenário global, sendo classificada como a 14^a cidade mais globalizada do planeta; recebeu a categorização de cidade global alfa, por parte do Globalization and World

Cities Study Group & Network. Um cenário como esse, por conseguinte, atraí pessoas do mundo todo em busca de oportunidades, o que torna, também, a cidade de São Paulo um centro de possibilidades no campo das políticas públicas de saúde para migrantes, possibilidades essas que servem de exemplo a todo o território brasileiro (INFORMA, 2017a, 2017b). Nos relatos abaixo, os participantes expressam a atuação do poder público e sociedade civil que se materializam em redes articuladas para tornar efetivos os direitos à saúde dos migrantes:

Nós desenvolvemos um trabalho desde 2013, está sendo encaminhado e está tendo uma evolução e tal, é [...] está saindo umas políticas públicas bem legal, por exemplo, tem um grupo agora, foi criado um grupo para trabalhar, sensibilizar os trabalhadores do SUS da rede Municipal de Saúde de São Paulo, para fazer o atendimento dos migrantes, então é o primeiro, tem roda de conversa com os próprios migrantes, são sete migrantes fazendo em 68 UBS e muitos hospitais que eu não sei quantos são, mas que estão realizando. (Araçari)

[...] tem o longo processo de escuta tanto dos migrantes quanto dos profissionais dos organizadores e assim construíram propostas e algumas coisas que já existiam há muitos anos nas unidades de saúde que já possuem um contato com essa população [...] então, eles tem uma experiência no atendimento de migrantes, a sensibilização está acontecendo este projeto tem começo meio e fim este projeto é o primeiro passo [...] tem também o Conselho Municipal eles tiveram essa sensibilidade e foram caminhando isso vai aparecer seria importante que no cadastro do SUS que aparecesse essa informação de onde a pessoa veio. (Tesourinha)

[...] agora sim a gente pode falar que tem uma política pública, porém com dificuldades, ainda que temos direito ao SUS o migrante sabe que tem direito, então a maioria da população já sabe, eu mesmo tenho cartão do SUS, agora que todo mundo sabe agora que você pode falar para o outro, mas ainda falta informação [...] que quando falamos de políticas públicas de saúde, estamos apagando incêndios momentâneos [...]. (Pelícano)

Carneiro Junior et al. (2011) relatam, em sua pesquisa, que a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde e estabelecer relações e ações com e para a população migrante no município de São Paulo vem de longa data. Desde o início dos anos da década de 1990, a equipe técnica do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, em conjunto com docentes do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, desenvolve pesquisas e processos de trabalho, com a finalidade de reconhecer as necessidades e demandas de novos sujeitos sociais no território do centro da capital paulista, em especial os migrantes bolivianos, estabelecendo uma pauta de questões a serem incluídas nas políticas públicas, na perspectiva da equidade. A organização

do serviço tem favorecido o acesso da população boliviana. Não há barreiras administrativas para efetivar suas matrículas, o Pronto Atendimento é um espaço de acolhimento das suas demandas, há busca de diálogos com os responsáveis pelas “oficinas de costuras”, e a contratação de uma agente comunitária de saúde de origem boliviana facilita a comunicação. Essas estratégias constituem um espaço que contribuem para o número ascendente de indivíduos bolivianos cadastrados no Centro de Saúde. No entanto, foi identificada uma série de questões que envolvem a vulnerabilidade, principalmente das mulheres.

Com a finalidade de superar essas dificuldades e construir estratégias de cuidado integral à população boliviana, entre outras nacionalidades, desde 2009 realiza-se uma modalidade de atendimento no Centro de Saúde Escola Barra Funda, na área de saúde da mulher, que abrange a saúde reprodutiva e sexual e a violência doméstica e sexual. Por meio de uma abordagem multidisciplinar, com a participação de médico, enfermagem, assistente social e outros profissionais, como advogado e cientista social, essa população é atendida, semanalmente, em grupo e atendimentos individuais. Há troca de experiências entre as participantes sobre várias situações de vida, cuidado com a saúde, resgate cultural e da memória – história de vida -, percurso da imigração, desafios na permanência no Brasil e inserção no trabalho. Também são tratados os temas sobre cidadania, documentação e mobilidade urbana das participantes do grupo. Os instrumentos utilizados para a comunicação entre as participantes são: expressões gráficas, escrita, musical, narrativa, exposição dialogada e materiais audiovisuais, sempre que possível adaptados à língua espanhola (CARNEIRO JUNIOR et al., 2011).

Essa é, reconhecidamente, uma estratégia de abordagem significativa no acolhimento e na constatação das demandas e necessidades da população feminina boliviana no serviço. A soma de reflexões das experiências de organização e atuação na atenção à saúde voltadas à inserção da população migrante permite qualificar e consolidar o SUS de forma universal, efetiva, pública e solidária. Seguindo essa perspectiva, Rufino e Amorim (2012) realizaram uma pesquisa com o objetivo de contextualizar algumas das práticas da gestão pública nas UBS que atendem a população migrante internacional na Região Metropolitana de São Paulo e dimensionar parte dessa problemática, indicando algumas das características do serviço prestado.

Analisou-se parte das características das migrações internacionais para a Região Metropolitana de São Paulo e situaram-se, nesse contexto, algumas das demandas de saúde de parcela dessa população junto aos serviços de saúde. Foram avaliadas declarações fornecidas na mídia e pesquisas científicas realizadas na área da saúde junto a essas populações

migrantes. Constatou-se que algumas estratégias pontuais e localizadas foram adotadas por gestores e profissionais mais perceptíveis a essa problemática, visando diminuir o distanciamento sociocultural e tornar a UBS mais resolutiva no que se refere à relação saúde e adoecimento.

Estudos de morbidade com a elaboração de um diagnóstico situacional de saúde foram realizados através de um contato direto não apenas com o indivíduo que frequenta a Unidade de Saúde, mas com toda a sua família; essa interação “in loco” contribui para um maior entendimento sobre a cultura e seus problemas de saúde, favorecendo o planejamento de ações específicas à suas vulnerabilidades. Esses estudos evidenciam os processos de escuta citados pela participante, que envolvem migrantes, atores públicos e sociedade civil acerca das necessidades dessa população.

Mais atual é o projeto *SUS é para Todos. Somos Todos SUS*, referidos pelos participantes.

Este trabalho na área de saúde é um trabalho bem legal, foi pensado durante muito tempo e agora está sendo implantado. Serão três meses, foi feito mapeamento, foi feito um trabalho todo, esta sensibilização dos servidores de saúde. Para o atendimento público aos migrantes, outra atividade que está sendo realizada são os vídeos que ficam passando nas televisões da UBS, falando sobre imigração, são vídeos bem interessantes que falam sobre discriminação e xenofobia contra Imigrantes, SUS é para todos. Somos todos SUS. (Araçari)

O município de São Paulo fez um mapeamento das Unidades Básicas de Saúde que atendem migrantes. Então o que aconteceu a OPAS, Organização Panamericana da Saúde, em parceria com a Prefeitura de São Paulo entraram com o apoio e formou um grupo dentro da prefeitura, começaram operacionalizar. (Tesourinha)

O projeto é realizado em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, em diversos serviços de saúde, sendo constituído de uma série de vídeos educativos com o objetivo de combater a xenofobia no SUS, intitulada *O SUS é para todos – Acolhimento aos Imigrantes e Refugiados na Cidade de São Paulo*. Os vídeos integram a campanha de Acolhimento aos Refugiados e Imigrantes, iniciada em 2016. O material foi disponibilizado no canal do site *Youtube* da Rede São Paulo Saudável e também está veiculado nos 1.500 monitores de TV instalados nas unidades de saúde da capital. Também foram confeccionados impressos informativos destinados aos migrantes em quatro idiomas – inglês, espanhol, francês e crioulo – sobre como acessar o SUS no Município. Realizam-se atividades de rodas de conversas com facilitadores migrantes e refugiados do Haiti, Palestina, Congo, China, Bolívia, Guiné e Peru. Todos foram indicados pelas entidades e a maioria dirige entidades que

trabalham com migrantes refugiados na cidade de São Paulo. Para coordenar a ação dos facilitadores foram designados dois docentes. Além disso, eles têm a função de monitorar, acompanhar e registrar as atividades a fim de sistematizar a experiência. Para a consecução desse projeto, inicialmente foi realizado um mapeamento das demandas de atendimento à população migrante na cidade de São Paulo e, a partir do contingente migratório nas regiões, as ações foram se implementando. Esse mapeamento permitiu verificar um aumento considerável na produção de serviços junto aos migrantes na cidade de São Paulo.

As consultas médicas realizadas na Atenção Básica, segundo nacionalidade, no período de 2012 e 2014, indicam que os bolivianos passaram a ocupar o segundo lugar entre os grupos atendidos, depois dos brasileiros. Os paraguaios seguem em terceiro lugar. O Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS registrou, no mês de fevereiro de 2015, um total de 39.474 estrangeiros cadastrados; entre os sul-americanos, 12.368 eram bolivianos; 1.689 paraguaios e 918 peruanos. Esses imigrantes estão concentrados principalmente na região central e se estendem às zonas leste e norte da cidade (BOLETIM CEINFO – SAÚDE EM DADOS, 2015). A migração internacional para o Brasil, anteriormente mais concentrada nas zonas fronteiriças do país, segue, hoje, majoritariamente com destino a grandes centros industrializados na região sul e sudeste. Vejamos o discurso do participante:

Sim!!! Existe, por exemplo, um programa que fala que está participando que é da OPAS organização Panamericana da saúde, que por um tempo [...] só que estão fazendo um trabalho muito bom com a população migrante, fazendo tradução em diferentes línguas, informação que se alastrá para saber que têm direitos, agora todos já sabem, mas está começando. (Biguá)

Percebe-se aqui o contexto contraditório, pois ao mesmo tempo em que fala sobre os avanços da informação também faz referência à falta dela com relação ao direito ao SUS, ou seja, nesse discurso há o reconhecimento dos avanços obtidos quanto às políticas públicas de saúde no contexto em que o discurso foi produzido, porém considera-se insuficiente. Pode-se, então, atentar para dois aspectos a que a participante se refere: o profissional e o migrante, que têm evidenciado uma complexa trama de relações nas demandas dos migrantes e nas ações concebidas e planejadas pelos serviços de saúde. Contudo, os participantes que atuam em São Paulo demonstraram que apesar das dificuldades, o projeto é uma conquista inicial, consequência de uma caminhada construída e alicerçada nas lutas, através das várias mãos e reconhecida como uma vitória dos migrantes e da sociedade. Porém, constata-se que a complexidade da situação dos migrantes impõe a necessidade de uma vigilância

epistemológica permanente.

Fazendo referência à sensibilização dos trabalhadores da saúde – enfatizada em diversos momentos das falas – para o atendimento dos migrantes, com ênfase nos trajetos dos pesquisadores que têm se debruçado sobre a problemática dos processos de inclusão social de migrantes pela política social em saúde, Silveira et al. (2016) constaram, em seu estudo, que a intermediação dos trabalhadores da saúde na relação migrantes/investigadores constitui importante forma de acesso entre estes e aqueles. As interconexões de serviços formam um emaranhado de ações decorrentes das relações entre as demandas dos migrantes, dos trabalhadores e gestores em saúde e a participação dos pesquisadores como observadores e participantes de muitas das atividades desenvolvidas dentro e fora dos serviços de saúde.

Os autores dos discursos relatados por Silveira et al. (2016), vivenciando o cotidiano laboral dos ACSs, verificaram que dentro do conjunto de ações em atenção primária, há existência de práticas inovadoras nos cuidados em saúde dos migrantes, constituindo-se em ações inclusivas por intermédio da organização de serviços ativos, com visitas às oficinas-domicílios e adaptando-as às necessidades observadas. Como exemplo, existe o Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac”, no centro de São Paulo, que possui os registros e os mapas de todas as famílias migrantes residentes na região, com quem mantêm uma relação muito próxima de confiança. Essa experiência tem demonstrado a possibilidade do desenvolvimento de práticas mais efetivas e construídas por processos de trabalho que visam dar visibilidade a segmentos populacionais específicos, estendendo os cuidados em saúde aos migrantes.

Há de se atentar para a necessidade de inserção nos espaços de convivência dos migrantes, afim de se estabelecer uma relação dialógica com eles do que é novo e de como isso se relaciona com as concepções sobre cuidado, saúde e o entendimento das doenças e dos sofrimentos. Essa prática foi realizada por pesquisadores em São Paulo, que circularam pelas ruas e praças, participaram das festas locais, da feira dominical na Praça da Kantuta (espaço de encontro estabelecido pelos imigrantes no bairro do Pari, área central da cidade) e foram conhecidas algumas ONGs que trabalham com a população migrante, em especial bolivianos.

Esses pesquisadores tiveram acesso às associações de migrantes, aos grupos de futebol de mulheres bolivianas, grupos de músicas típicas e danças folclóricas, aos locais próprios para envio de dinheiro para a Bolívia e recrutamento de trabalhadores, à associação dos residentes bolivianos, a consultas com um Xamã andino, entre outros. Essa experiência possibilitou entenderem os aspectos culturais que interferem nos resultados das intervenções

de saúde estabelecidas pelos profissionais de saúde. A conclusão é de que essa forma de inserção é primordial e deve ser praticada pelos trabalhadores de saúde para o atendimento eficaz dos migrantes independente de sua nacionalidade (SILVEIRA et., 2016).

As condições de saúde dos migrantes são quase sempre comprometidas pelas precárias condições de vida, expressam um quadro situacional complexo e difícil de ser alcançado pelos instrumentos e ações das políticas em saúde. Nessa complexidade das experiências vividas pelos migrantes se desvela no espaço relacional constituído pelos serviços de saúde, possibilitando a constatação exposta necessariamente aos dilemas em relação a um conjunto ampliado de situações de risco a que estão sujeitas as pessoas em conjuntura migratória (BARRADAS et al., 2011; SILVEIRA et al., 2014; ZIMMERMAN; KISS; HOSSAIN, 2011).

Calixto et al. (2012) relata a implementação de uma ação para a comunidade migrante, durante o estágio acadêmico dos alunos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo no programa *Pró-Saúde*, desenvolvido na UBS do bairro Bom Retiro, que buscava cumprir fielmente o conceito de promoção da saúde, entendendo a complexa situação em que se inserem os migrantes. Após um levantamento das principais dificuldades, a partir dos relatos dos profissionais de saúde da UBS, verificou-se a necessidade de sensibilizar os pais e cuidadores para as necessidades nutricionais, vacinais, de higiene bucal e de desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de zero a três anos, a fim de contribuir para o seu desenvolvimento saudável. Os acadêmicos elaboraram uma cartilha (em português e em espanhol) e marcaram encontros com mães imigrantes. Essa estratégia visava incentivar a Atenção Básica à saúde das crianças, disseminando informações úteis entre as mães e garantindo maior integração entre os imigrantes e o serviço de atenção primária.

A cartilha teve por objetivo envolver informações úteis também aos agentes comunitários da unidade, para que eles se tornassem semeadores de informações entre as mães quando o projeto terminasse. Também foram realizadas apresentações orais e discussões em grupo; com o intuito de que as reuniões não se tornassem tediosas, o grupo de alunos elaborou muitas dinâmicas e atividades lúdicas a serem realizadas com os espectadores, para discutir criticamente os conhecimentos já construídos sobre o assunto e para acrescentar novas informações a cada tópico abordado. Esse projeto abrangeu dois aspectos importantes: o primeiro refere-se à intervenção de saúde propriamente dita e o segundo envolve a experiência dos acadêmicos nos procedimentos comunitários de problemas de saúde da população migrante como parte importante de um processo de amadurecimento do senso crítico, que, certamente, viriam a ter grande proveito na atuação profissional, entendendo o ser migrante como sujeito de direitos e disseminando entre os profissionais tais práticas. Assim,

destaca-se a necessidade de envolver a academia nos diversos contextos sociais e culturais da comunidade, e, desse modo, concretizar o ideal de uma formação global dos estudantes (CALIXTO et al., 2012).

Para além das fronteiras brasileiras podem-se citar estratégias voltadas para inserção dos migrantes nos países de destino. Martins-Borges (2013) escreveu, em seu artigo, as observações realizadas no Serviço de Atendimento Psicológico Especializado aos Imigrantes e Refugiados da Universidade Laval, no Canadá. O trabalho clínico desenvolvido com pessoas oriundas de mais de 40 nacionalidades permitiu identificar quadros de alterações psíquicas mais frequentemente observados e estabelecer períodos críticos do processo de adaptação que tendem a expor tais pessoas a uma maior vulnerabilidade psicológica. Essas observações permitiram refletir sobre políticas de acolhimento e de atendimento (saúde e social) de refugiados que permitem prevenir um maior sofrimento psíquico e contribuir para uma melhor adaptação. Esse trabalho teve como base o deslocamento forçado de pessoas, entendido como processo que pode ser relacionado a conflitos políticos e sociais, guerras e catástrofes naturais, quanto seja possível observar alterações psicológicas nas outras formas de deslocamento humano (SALADINI, 2011; VÉRAS; DANTAS, 2014).

Cabe ressaltar que o direito universal à saúde é um debate que envolve um dos aspectos cruciais no acesso à cidadania, que, na história das sociedades, evoluiu de apenas serem considerado aspectos específicos ligados aos planos físico, biológico e psicológico, para incluir as dimensões éticas e políticas, de modo a que se constate que as ações no campo de saúde envolvem aspectos do cotidiano dos migrantes como: trabalho, cultura, documentação e outras condições inerentes aos determinantes de saúde, pois como afirmam Rebouças et al. (1989), de que a saúde “está”, mas sim reflexo da vida e também da sociedade, considerando tanto em nível individual quanto em nível coletivo.

É possível verificar diversas estratégias adotadas no campo de saúde pública de assistência à comunidade migrante, contudo, esta é uma realidade que, no Brasil, ainda não acontece em grande parte das regiões estudadas nesta pesquisa. Os discursos apontam para uma deficiência das ações de saúde, específicas das necessidades dos migrantes internacionais:

Não [...] o único lugar que eu conheço aqui é a Pastoral. Eles atendem, mas não conheço nenhuma ação para envolver essa população nos serviços de saúde. Fazemos rodas de conversa, escolhe-se um tema que a gente percebe que eles estão precisando saber aí a gente tem uma parceria com a Universidade Federal do Mato Grosso com o curso de saúde pública e eles vem falar sobre direito e deveres hoje mesmo tem uma palestra para falar

sobre a Lei Maria da Penha. (Garça)

Eu não conheço nenhum serviço ou ações específicas para atender no setor de saúde [...] sei que são atendidos nas UBS. Na minha experiência, aqui do lado tem um posto sempre que precisam vão ali e são atendidos, mas é pontual. (Andorinha)

Em Rondônia não temos nenhuma ação voltada para isso, o que temos são situações isoladas de boa vontade de alguns profissionais mais esclarecidos, principalmente nas regiões que os migrantes residem [...]. (Pelícano)

Não!!!! isso nós ainda não temos, nós precisamos provocar essa criação é muito importante, é uma rede nacional estadual, municipal ela é muito importante. (Maçarico)

As iniciativas de atendimento à saúde dos migrantes apresentam-se insuficientes por não constituírem estratégias institucionalizadas. Considerar a participação das populações migrantes internacionais como parte ativa da Política Nacional de Promoção da Saúde, e do SUS num contexto de insuficiências, tem se constituído em um desafio aos gestores públicos no Brasil, que pode se tornar ainda mais crítico ao se considerarem fatores como a língua, cultura, desconhecimento do sistema de saúde no Brasil.

Há necessidade de aperfeiçoamento das políticas e da gestão pública na área da saúde, preparando gestores e profissionais da saúde para atender a essa demanda, que possui especificidades e vulnerabilidades diferenciadas e que exige a adoção de estratégias que deem garantia em relação aos direitos à saúde, no Brasil. Ressalte-se, ainda, a importância dos movimentos sociais e das ONGs na construção de políticas públicas na área da saúde e da migração internacional no país. Trata-se de ações que se pautam sob a bandeira dos direitos humanos, que têm obtido sucesso e, por vezes, estabelecido parcerias com o setor público da saúde, colaborando para avançar em alguns dos processos de gestão pública no atendimento às populações migrantes internacionais (RUFINO; AMORIM, 2012).

Referente às boas práticas à fala do participante revela:

A criação de estratégias para conscientizar a comunidade, os agentes públicos e os próprios imigrantes de realizar as boas práticas, de disseminar as boas práticas. Por exemplo, conhecer o que está dando certo em outras regiões e adequar em cada região. Ahh! deu certo aqui, vamos tentar fazer também, vamos saber como, ver se a gente consegue disseminar essas boas práticas. (Maçarico)

Sabe-se que nos últimos anos estas têm sido uma constante em todas as esferas políticas, estendendo-se a vários âmbitos, nomeadamente ao da saúde e das migrações, com destaque para Portugal, país reconhecido por seu pioneirismo na adoção de intervenções,

tanto no que diz respeito às ONGs como ao próprio Estado. Em Portugal, mais especificamente na área metropolitana de Lisboa, existem várias instituições e associações que trabalham com a população imigrante, no âmbito da saúde. Trata-se de instituições de caráter público/governamental e outras de caráter associativo que têm algumas das principais iniciativas voltadas para as populações desfavorecidas e mais vulneráveis, incluindo-se os imigrantes.

Uma das características comuns e significativas dessas iniciativas refere-se ao seu caráter integral, procurando ultrapassar a excessiva ênfase nos aspectos culturais (leia-se “essencializantes”) da saúde. Nesse sentido, privilegiam uma aproximação holística, considerando as populações-alvo não apenas no seu caráter imigrante (embora definidos como portadores de uma cultura diferente), mas na sua condição de população vulnerável, excluída socialmente. Em consequência, os artifícies das intervenções, no geral, consideram que o estado de saúde é resultante dos determinantes sociais aos quais estão sujeitos. Em geral, essas iniciativas contam com equipes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e trabalhadores sociais) com formação e experiência em contextos interculturais, sem esquecer outros condicionantes de caráter socioeconômico. Em muitos casos é possível verificar que as intervenções ou programas funcionam em parcerias que tentam orquestrar uma coordenação dos serviços prestados pelo Sistema Nacional de Saúde, quer ao nível do centro de saúde, quer do hospital. Algumas das intervenções pretendem ainda socorrer e auxiliar nas situações de maior carência (PADILLA; HERNÁNDEZ-PLAZA; ORTIZ, 2012).

Dentre as intervenções analisadas pelos autores destaca-se a Unidade Móvel de Saúde, da Venda Nova, que foi identificada em vários projetos internacionais apontada como boa prática (MACHADO et al., 2009; PADILLA, 2011). Esse projeto iniciou-se pela avaliação das necessidades, dando especial atenção às preocupações sentidas e referidas pela população. A partir desse levantamento identificaram-se os pontos prioritários situados na área da saúde materno-infantil: ausência de pré-natal; ausência de vacinação regular na infância; gravidez na adolescência; acesso limitado aos serviços de planejamento familiar e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; número reduzido de consultas médicas e poucos usuários cadastrados em comparação ao número de habitantes no território de abrangência da unidade de saúde.

As estratégias de intervenção adotadas são: 1) ação direta nos bairros utilizando a unidade móvel, 2) visitas domiciliárias e 3) educação e promoção da saúde; todas elas apoiadas no trabalho de uma equipe de profissionais formada por três enfermeiras, um/a psicólogo/a, um/a assistente social e pelo condutor da viatura.

Os princípios eleitos para orientar a intervenção são: i) proximidade: em vez de esperar que a população vá ao centro de saúde, os profissionais levam os cuidados de saúde aos bairros, servindo de ponte com o centro de saúde; ii) simetria na relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, baseada no conhecimento e respeito mútuo, na confiança, na empatia e na não discriminação (étnica, de gênero, etc.); iii) continuidade: o programa prevê uma trajetória de dez anos no bairro, apoiado por um grupo de profissionais estáveis; iv) conhecimento direto dos contextos de vida dos indivíduos.

A Unidade Móvel de Saúde representa, além do que já foi referido, um contexto adequado para cumprimento de estágios acadêmicos que integram a formação profissional; conta com a presença de estudantes das escolas de enfermagem e de Saúde Pública, desenvolvendo, dessa forma, um serviço de extensão. Paralelamente, a intervenção gera o empoderamento da comunidade, sobretudo ao difundir informação e conhecimentos sobre saúde, sobre os direitos de acesso e funcionamento do sistema de saúde.

Esse tipo de relações entre os profissionais da saúde e os utentes, baseiam-se nas simetrias e tornam possível prestar assistência de saúde. Desse modo, esse modelo de intervenção coopera para a promoção de um sistema de saúde fundamentado na equidade, em consonância com as recomendações da OMS (2010), que sugere integrar as iniciativas orientadas para a promoção da saúde dos migrantes e minorias étnicas dentro das campanhas gerais contra as desigualdades socioeconómicas da saúde.

A utilização das boas práticas tem caracterizado, há alguns anos, a produção de relatórios europeus, nacionais e locais, guias, projetos de investigação, prêmios e o reconhecimento de programas específicos e de políticas. Tais documentos têm por objetivo identificar modelos desejáveis de ação a seguir e/ou imitar. Contudo, as boas práticas, devem ser avaliadas reflexivamente e com atenção, uma vez que a busca de um “modelo a seguir” não é algo novo e nem sempre produz bons resultados, principalmente quando os modelos são importados e/ou descontextualizados.

No relatório de 2008, da União Europeia, intitulado *Qualidade e Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde*, trouxe algumas conclusões importantes para o debate sobre as boas práticas, destacando elementos positivos comuns. Entre as mais importantes estão: as intervenções que promovem as parcerias com a sociedade civil e que implicam diferentes níveis de intervenção, a estratégia para envolver as próprias populações migrantes no apoio aos migrantes (MiMi – *with Migrants for Migrants*), a importância de definir algumas populações mais vulneráveis como alvo (refugiados e requerentes de asilo), a relevância das ações de promoção da saúde como prevenção da exclusão e a integração de serviços de saúde

e sociais ou serviços integrados (PADILLA; HERNÁNDEZ-PLAZA; ORTIZ, 2012).

Cabe aqui relembrar os crescentes fluxos migratórios no contexto dos processos de integração regional na América do Sul dentro da lógica dos novos contornos da migração Sul-Sul. Nesse cenário das migrações internacionais fronteiriças, o Brasil tem peculiaridades decorrentes de seus limites com outros países sul-americanos. Ressalte-se, aqui, o caso dos municípios de Corumbá, MS, Puerto Quijarro e Puerto Suaréz, que possuem uma dinâmica voltada para o comércio, sendo, o município de Corumbá, o ponto de apoio para o translado de mercadorias, produtos agrícolas, atenção à saúde e educação. Além disso, essas cidades interagem na área social, mantendo uma ligação que transpõe os limites internacionais. As condições de saúde das duas cidades bolivianas são críticas, dado à falta de saneamento, a pobreza da população e a carência do sistema de saúde local.

O maior problema consistia em falta de água tratada. Era preocupante a elevada incidência de doenças transmitidas por vetores como a malária, a dengue, a leishmaniose e a febre amarela, esta última ainda frequente na região, resultado das constantes falhas dos programas de imunização. A precariedade do atendimento de saúde em Puerto Suaréz e cidades bolivianas fronteiriças levam muitas pessoas à busca de atendimento em Corumbá. É nesse contexto de sentidos que o discurso abaixo foi produzido:

Sim! Eles atendem, o [estratégia] Consultório na Rua muito dos que precisam lá acaba sendo nesse consultório que são atendidos que é para atender o morador de rua, mas eles atendem os migrantes também. Eles acabam atendendo [...] e aqueles que vão na casa também os agentes de saúde, eles inserem as famílias que moram na região na estratégia saúde [...] o que precisa é de uma política que vem a auxiliar na legalização dessas pessoas. (Canário)

Importa esclarecer duas situações que ocorrem em Corumbá, MS: a primeira refere-se aos bolivianos sem residência no Brasil que atravessam a linha limítrofe em busca de atendimento nos diversos campos das políticas públicas sociais, em especial, educação e saúde. A segunda diz respeito aos bolivianos que residem no Brasil e são atendidos nas UBS e ESF, contudo, esbarram na falta de documentação, a exemplo da experiência do participante Canário, que, embora não faça referência à documentação específica do contexto migratório, mas de essência, como certidão de nascimento. Esse participante relata que, principalmente as crianças, não possuem qualquer documentação, circunstância que constitui na prática uma barreira ao atendimento. No entanto, são realizadas intervenção afim de sensibilizar os profissionais quanto ao direito universal de saúde e a inclusão desses sujeitos indocumentados nos serviços de saúde.

Quanto à estratégia Consultório na Rua, referida pelo participante, foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

O título Consultório na Rua leva em conta que o projeto funciona com equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades da população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das UBS do território (BRASIL, 2011). Os bolivianos não residentes no Brasil, em grande maioria, são atendidos por essas equipes.

O acesso à saúde nas regiões de fronteira é uma temática que se destacou, ao longo dos últimos anos, motivado especialmente pelo novo contexto de intensificação das interações transfronteiriças e da nova ordem econômica internacional. Tal conjuntura motivou a criação do Mercosul, em 1991. Até então, o Brasil não dispunha de uma política pública dedicada especialmente à fronteira, que considerasse as singularidades e a diversidade das populações que aí se instalaram (FERREIRA; MARIANI; OLIVEIRA NETO, 2015).

Diante dessa nova realidade de acordos internacionais, segundo Martes e Sprandel (2008), no âmbito do Mercosul foi criado, em 1996, o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), instituído pela Portaria n. 1.120, de 6 de julho de 2005, do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, com o objetivo de contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas de saúde dos municípios fronteiriços, que atendem uma grande população flutuante, nesses espaços, em busca de tratamento no território brasileiro (BRASIL, 2005a, 2005b).

Esse problema de utilização dos serviços locais de saúde pelos cidadãos da fronteira não preocupa apenas pela demanda de estrangeiros, mas também pelos brasileiros residentes no outro lado da fronteira, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia desse direito nas regiões fronteiriças. Considera-se que além de sobrecarregar o atendimento na área da saúde, esse número extra não é contabilizado pelo Ministério da Saúde no cálculo do repasse de verbas para o SUS, que segue critérios de contingente populacional. Assim, o SIS-Fronteiras inclui o aumento de recursos repassados e o acesso a programas voltados para áreas específicas, como combate à AIDS, de acordo com as necessidades dos municípios. Atualmente, o Governo Federal vem firmando convênios com os municípios fronteiriços brasileiros (BRASIL, 2005a, 2005b; FERREIRA; MARIANI; OLIVEIRA NETO, 2015; PEITER, 2007).

O SIS-Fronteiras foi planejado e implantado para municiar os municípios fronteiriços de recursos, não para atender diretamente à clientela do país vizinho, mas para fortalecer e organizar os sistemas locais de saúde desses municípios subfinanciados pelo volume de atendimentos à população itinerante. O projeto foi, portanto, escassamente debatido entre os segmentos envolvidos, resultando em dificuldades de sua apreensão e operacionalização, notabilizando-se como uma iniciativa relegada à ampliação pontual de repasse financeiro verticalizado, desprovido de parâmetros de controle e avaliação, onde os obstáculos de organização e fortalecimento das ações e serviços de saúde locais não foram transpostos (FERREIRA; MARIANI; OLIVEIRA NETO, 2015; MELLO; VICTORA; GONCALVES, 2015; NOGUEIRA; FAGUNDES, 2014). Os autores reconhecem a importância do SIS-Fronteiras para os municípios, visto que a exigência de ações cooperativas é uma constante, mas a abertura para atendimento aos estrangeiros permanece a critério do gestor, mantendo-se a limitação do direito à saúde na maior parte dos municípios; no entanto, a situação é grave para a população que vive nas regiões de fronteira, pois, muitas vezes, o acesso à saúde significa ultrapassar a divisa: o outro lado da rua, a ponte ou a balsa, devido às condições de extrema pobreza das pessoas que residem nas cidades fronteiriças dos países vizinhos, que, em sua maioria, não possuem atividade econômica rentável e podem ser considerados de pequeno e médio porte, carentes em infraestrutura.

Percebe-se que, além do impacto sobre a capacidade de desenvolvimento humano e de dinamização da economia, o setor saúde também influencia de forma expressiva o conteúdo da abordagem das questões alusivas à integração regional e ampliação dos acordos econômicos. Articulada a essa vertente, a saúde caracteriza-se como uma das principais áreas a serem planejadas, seja pela precisão de abordagem e planejamento territorial regional da saúde, seja porque fronteiras epidemiológicas não se limitam a demarcações políticas e institucionais entre países. O planejamento das ações de saúde na fronteira, necessariamente, coloca a questão das relações com os territórios vizinhos.

É nesse campo minado de situações que permeiam os direitos à saúde, pautado no princípio da universalidade, que esbarram nas dificuldades e escassez de financiamento, que o participante da pesquisa, o participante Canário constitui-se um mediador dos conflitos diários, afim de minimizar a dor e o sofrimento dos *hermanos*.

O tema recorrente das estratégias adotadas e/ou no âmbito da assistência à saúde de migrantes, no Brasil, está intimamente relacionado à ampla participação e envolvimento das instituições e organizações não-governamentais. De fato, o papel da sociedade civil parece ser extraordinariamente saliente em relação ao apoio à promoção da saúde, à prevenção da

doença e ao acesso aos serviços de saúde para os migrantes no país. Dessa forma, existem muitas vantagens, de maneira especial devido ao envolvimento que as ONGs promovem, dos interessados na solução dos problemas e das relações horizontais estabelecidas. Ressalta-se o papel que essas ONGs assumem, mais de substitutas do que propriamente de colaboradoras da possível responsabilidade do Estado em relação à saúde dos migrantes, com eventuais consequências para a saúde de todos e da saúde pública em geral.

O quadro das iniciativas frente as demandas é ponto que requer a atenção do Estado para ser desenvolvido, pois torna-se presente a necessidade de condições materiais e políticas para tal, afim de que as esferas públicas garantam a efetivação concreta o acesso à saúde legalmente instituído como direito, e que a sociedade civil colabore para a materialização das ações das políticas públicas como sujeitos sociais num contexto de apoio aos condicionantes dos resultados. Nesse processo, percebe-se pontos polêmicos que se constituem entraves, sobretudo quanto ao descompasso entre o projetado, o instituído legalmente e o concretamente existente.

Destaca-se dentre os pontos polêmicos reconhecido como corresponsável pela fragilidade no atendimento às necessidades de saúde e que ao longo do tempo geram discussões, está centrado no desacerto entre à coerência dos princípios de SUS e a falta de informação e formação dos gestores públicos / usuários migrantes / população autóctone, quanto ao direito ao acesso à política pública de saúde afim de atender a população e, especificamente no contexto atual migratório. Ao longo dos anos, os movimentos foram pautados na busca da diminuição deste descompasso, por meio das experiências focais, diretrizes internacionais, demandas da sociedade que se transformam em ordenamento jurídico, contudo todos os momentos de avanços foram impulsionados pela sociedade civil frente ao Estado neoliberal, alicerçado em um processo de inversão de prioridades, ou seja, as necessidades dos seres humanos passam a ser secundárias diante dos interesses do Capital.

Assim, é fundamental manter atenção ao que está latente na política pública de saúde, há quais interesses atende, e isso não é mera contingência, é imprescindível, especialmente se o desejo é o de transformação e não apenas de adaptação, de reestruturação ou manutenção de *status quo*. Deste modo, possibilita estabelecer alternativas, ao invés de apenas adotar novas formas de fazer o mesmo.

Com o aumento da migração internacional, a saúde dos migrantes representa um desafio em nível mundial. Conhecer quais as experiências positivas de ação realizadas no Brasil e em outros países com mais experiências no processo migratório, bem como das diferentes organizações que lidam com o assunto, pode ser uma boa forma de difusão das

experiências de sucesso e, desse modo, servirem de ferramenta à aprendizagem, ressaltando-se, entretanto, que devem ser entendidas não como receita, mas como modelos de intervenção tão diversos como diversas são as comunidades. Portanto, é fundamental identificar os princípios nos quais se baseia a intervenção, verificar os resultados das estratégias, e o modo como relacionam as dinâmicas biopsicossociais econômicas, religiosas e culturais da comunidade, para que, ao final, sim, a efetivação das estratégias estejam adaptadas e determinadas.

4.2 PRINCIPAIS AGRAVOS DE SAÚDE DOS MIGRANTES INTERNACIONAIS

No contexto das migrações, pode-se apontar que a saúde é um dos aspectos mais importantes da vida humana. Contudo, há que se considerar que as expressões da saúde, em suas dimensões, estão imbricadas em relações de práticas dominantes, representando formas marcadamente ideológicas vigentes. Nesse sentido, é importante apreender os diversos elementos que influenciam a vida saúde/doença dos migrantes que chegam no Brasil, independentemente de sua categorização jurídico legal. Compreender e pensar o acesso às políticas públicas de saúde do migrante, envolver os aspectos que vão desde as próprias condições de vida desse indivíduo, até a exploração do trabalho dele, as condições de acesso e adaptação no local de destino, o translado migratório, que podem implicar riscos, vulnerabilidades e violência, a sua história de vida no país de origem e ainda os desafios para a vida encontrados no território brasileiro.

Logo, pensar em inclusão dos migrantes nos processos das políticas públicas de saúde já constituídas no Brasil requer um olhar amplo dos conceitos de saúde sob todos os aspectos da vida. A saúde excede amplamente o conceito de ausência de doença e compreende incorporar estratégias inclusivas, com destaque para as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso aos serviços e cuidados de saúde, tratamento e reabilitação, assim como, também, a acessibilidade linguística, cultural e material dentre outras.

Nesse mesmo entendimento Carballo (2006) ressalta que, ao analisar as questões relacionadas com a saúde dos migrantes, é preciso considerar as características de quem migra, o local de onde migra, quando migra, para onde migra e qual o conceito de saúde compreendido pelo migrante, assim como o que será avaliado. A idiossincrasia das experiências migratórias traz consequências como o impacto na saúde dos indivíduos, que pode ser, algumas vezes, positivo e outras vezes negativo.

Goldberg (2009a, 2009b) e Carneiro Junior et al. (2011) mostram, em suas pesquisas, que os processos migratórios e a saúde, dentro do campo da saúde pública, sobretudo aquelas cujo foco são os migrantes bolivianos das cidades de São Paulo e Buenos Aires (Argentina), caracterizam a complexa situação de saúde desse grupo. Citem-se, como exemplos, a constatação de perfis etnoepidemiológicos específicos a cada grupo; o incremento de iniquidades associadas às desigualdades e modos de vida e de trabalho precários; a emergência das doenças infecciosas, como a tuberculose; a transposição pelas fronteiras de doenças endêmicas, como a doença de Chagas; a constatação da existência de barreiras no acesso aos cuidados de saúde.

As investigações evidenciaram que os migrantes, muitas vezes, ressignificam ou mudam suas concepções e práticas sobre o processo saúde-doença-cuidados quando têm oportunidades de se inserirem nos serviços.

Segundo Huijts e Kraaykamp (2012), é essencial atentar para o fato de que as características dos países de origem dos migrantes também têm implicação nos determinantes de saúde que irão ter nos países para os quais migram. Portanto, se a saúde dos migrantes nos países de origem é pautada por condições de vulnerabilidade, possivelmente a mesma tendência será manifestada nos países receptores. Outro fator preponderante que repercute no nível de saúde do migrante refere-se à socialização, em termos de hábitos de saúde durante a infância, tendo em vista que eles afetam os padrões de vida ao longo do desenvolvimento. Os hábitos adquiridos durante a infância, moldados pelas normas sociais, culturais e religiosas, acompanham os migrantes nas suas experiências migratórias, tornando-se manifestas nas suas práticas do cotidiano. Há também os aspectos relacionados ao estado de opressão política existentes nos países de origem que condicionam a saúde dos seus concidadãos. Os autores citam, como exemplo, o caso dos migrantes de segunda geração (como acontece com as crianças descendentes de sobreviventes do holocausto, as quais revelam elevados índices de vulnerabilidade psicológica).

Apesar de não constituírem, necessariamente, como já foi visto aqui, uma ameaça à saúde, as migrações e as condições em que estas se processam podem aumentar a vulnerabilidade dos migrantes às doenças físicas e psicológicas.

4.2.1 Migração e saúde mental

Para se pensarem os processos de saúde/doença do ser migrante, é necessário compreender o sujeito em sua historicidade complexa e, ao mesmo tempo, singular. Para Karl Marx, conforme referenciado por Netto (2011), é preciso entender as condições materiais da vida social que são oferecidas à pessoa, na sua existência concreta da vida cotidiana. Destarte, a situação de migrante deve ser compreendida em sua totalidade, para além da realidade aparente, pois as determinações das condições materiais impostas ao indivíduo interferem diretamente no seu modo de viver.

O ser social, em contraposição, mostra como estrutura básica a polarização de dois complexos dinâmicos, que se põem e suprimem no processo de reprodução sempre renovado: o do homem singular e o da própria sociedade [...]. (LUKÁCS, 2013, p. 202).

Becker e Borges (2015) compartilham que, em termos ontológicos, há a possibilidade de um contraste referente à maneira de o migrante perceber e lidar com a realidade, suscitando um estado de vulnerabilidade psíquica, tendo em vista o rompimento dos laços afetivos e as referências socioculturais de origem. As interpretações do senso comum com relação ao migrante (estrangeiro), que dificilmente será compreendido em sua totalidade e complexidade abrangida na sua historicidade e materialidade da vida social que o envolve, deve superar a teia das aparências e compreender a dinâmica social vigente inerente nas desigualdades da questão social contemporânea.

Os discursos produzidos pelos representantes das instituições pesquisadas ressaltam as demandas no campo da saúde mental, física e relacionada ao trabalho dos migrantes acompanhados por eles, no Brasil. Contudo, o grande destaque com relação aos problemas de saúde de migrantes é a questão da saúde mental. Confira-se nestas falas.

[...] hoje percebemos uma demanda muito grande pela saúde, sentimos que eles [os migrantes] estão com dificuldades, não só a saúde física, mas a saúde mental também, porque o emocional deles é muito atingido. Inclusive tem que ter uma preparação para nós que atendemos a população para que nós possamos sentir se é mesmo uma questão física ou psicológica essas questões vão surgindo na medida que eles nos procuram. (Maçarico)

[...] agora, o que a gente sente mais que precisa de mais apoio é realmente os casos que apresentam problemas de saúde mental [...] o fator dessa questão da Saúde Mental vai exigir uma atenção maior. Eles vêm e acaba fazendo vínculo aqui, vem várias vezes que seja para conversar ou um apoio para fazer uma visita para não deixar sozinho, ter alguém que faça um acompanhamento isso faz parte também, então esses a gente acaba

acompanhando mais de perto. (Tesorinha)

Nós percebemos algumas vezes que eles estão tristes, ficam pelos cantos, aí nós tentamos envolvê-los em atividades para não ficarem pensando em coisas que os deixam tristes e evitamos que fiquem sozinhos. A parte psicológica deles fica afetada. (Andorinha).

Tratando-se da saúde mental dos migrantes, apontada como problema que merece atenção especial, já que é percebida como fator delicado que confere ao ser humano uma imagem ainda mais fragilizada, há que se ter um olhar revelador do outro, afim de acolher o migrante de maneira integral, diferente na fala, na memória, na identidade ou nos hábitos culturais. Segundo Lechener (2007) e Dias e Gonçalves (2007), entende-se que o conceito de saúde ou enfermidade mental se apoia tanto nas expressões de problemas do tipo emocional, cognitivo e comportamental como em realidades simbólicas, construídas, cultural e historicamente, na própria interação social. Para esses autores, a diversidade de critérios utilizados na definição de saúde mental está associada ao problema dos limites estreitos entre saúde e doença, que não são situações que permitam definir uma delas como a ausência da outra; adicionando ainda aos diversos paradigmas históricos conceituais e culturais que circulam nos diferentes campos teóricos metodológicos. Compreender o universo complexo da migração está intimamente relacionado aos processos da migração e saúde, tanto física como mental, que, quanto mais avançam mais adquirem destaque.

A OMS (2001, p. 25, tradução nossa) define saúde mental como “[...] o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades; pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade [...]”; significa, portanto, mais do que não ter doença mental.

Pussetti (2009) conclui que os migrantes são sujeitos mais expostos a riscos de desenvolvimento de doenças mentais; por mais que explicações genéticas e bioquímicas tenham sido, durante muitos anos, a explicação privilegiada para a ocorrência desse fenômeno, os estudos contemporâneos enfatizam a influência da exclusão social e da discriminação como fatores condicionantes das doenças. A experiência migratória não representa, isoladamente, risco à saúde, contudo ela está especialmente relacionada a situações socioeconômicas precárias, à marginalização, à ausência de documentos e à falta de um apoio social adequado, condições desencadeadoras de pressão psicológica. Que podem levar ao adoecimento.

Sayad (1999) compartilha uma reflexão contraditória, além de irônica, sobre a relação entre doença, sofrimento psíquico e migração. O autor questiona se os “problemas” dos

migrantes serão verdadeiramente problemas “dos” migrantes ou, antes, da sociedade e das instituições “em relação aos” migrantes, problemas, em outras palavras, de origem sociopolítica. Esses indivíduos são vistos como um “perigo” para alguns segmentos societários discriminadores que alimentam a fantasia do olhar ao migrante como um “grupo de contágio”, devido a má compreensão de seus aspectos culturais os vêem com “má higiene” ou com comportamento moralmente dúvida ou desviante, ou até mesmo como incitadores da desordem social e portadores de doenças “exóticas”, “infecciosas”, “estranhas”; ao mesmo tempo, esse grupo prenuncia, a possibilidade de desordem moral, política, econômica e simbólica fundada. A presença dele, portanto, é considerada uma ameaça; a sua ‘ausência’ assusta e contamina.

Bordonaro e Pussetti (2006) relataram experiências migratórias vivenciadas em percursos entre Bubaque (Guiné Bissau) e Lisboa (Portugal). Os autores contam histórias de migrantes, que descrevem o despedaçamento da identidade, a paralisia face à multiplicidade e à fragmentação das referências espaciais e simbólicas; exprimem queixas de viver como “zombies” ou “vampiros”, nem vivos nem mortos, suspensos entre dois mundos sem pertencer a nenhum, reclusos numa prisão invisível. Na pesquisa de Pussetti (2009), ao contrário do que acontece com outros grupos em outros contextos, tentando manter uma ubiquidade árdua, os migrantes entrevistados no curso da investigação queixavam-se de não se situar nem “aqui” nem “lá”, ponderaram um transnacionalismo incompleto ou impossível, marcado pela incapacidade de locomoção livre, da prisão, da irregularidade, da angústia da perseguição pela polícia, de um aprisionamento feito de controles, restrições e discriminações contínuas.

Assim, o estudo de Pussetti (2009) corrobora o estudo realizado por Godinho et al. (2008), com 2.485 migrantes, por meio do qual esse autor concluiu haver sofrimento psicológico em 31,0% dos casos analisados. Esse sofrimento parece dever-se, em larga medida, às dificuldades sentidas na adaptação ao país receptor e à quebra de laços emocionais significativos. Os migrantes confrontam-se com inúmeras mudanças, que podem envolver conflitos psicológicos, desintegração social e/ou declínio na sua saúde mental (NETO, 2008; TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2010).

Coutinho, Rodrigues e Ramos (2012) investigaram a probabilidade da presença de Transtornos Mentais Comuns em migrantes brasileiros e portugueses residentes em Genebra/Suíça, associado aos fatores nacionalidade, sexo, tipo e tempo de migração. A expressão Transtornos Mentais Comuns foi criada por Goldberg e Huxley (1992) para

caracterizar sintomas como a insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que designam situações de sofrimento mental. Pacientes com transtornos mentais comuns apresentam, também, taxas de mortalidade mais elevadas e prejuízos importantes na função social e física. Os achados daquele estudo permitiram verificar a presença de transtornos não psicóticos no contexto migratório internacional; entre as quatro variáveis estabelecidas no estudo, duas delas, sexo e tempo de migração, contribuíram de forma significativa para que os participantes manifestassem esse tipo de transtorno.

Diferentes autores afirmaram que é exatamente a “invisibilidade social” ou a liminaridade da experiência migratória, amplificada pelas contradições das políticas migratórias e pelas barreiras burocráticas, acabam por gerar perturbações emocionais e doenças mentais (PEREIRA, L., 2011; PUSSETTI, 2010; SCHEPER-HUGHES, 1994). A “psicopatologia” identificada no migrante seria, nessa visão, o resultado da passagem árdua entre uma cultura e outra, da falta de integração na sociedade de acolhimento, da crise identitária e da discriminação, considerada uma tentativa de mestiçagem impossível e geradora de doenças psíquicas, assim como a ambivalência da condição do migrante, a laceração insanável entre utopia e saudade, entre ilusões e sofrimento (BORDONARO; PUSSETTI, 2006; SAYAD, 1999).

Nesse contexto, é imprescindível que sejam adotadas estratégias para uma análise integradora da condição dos migrantes, que considerem as questões político-econômicas como problemas de integração, discriminação, estigma, pobreza, racismo e violência, no intuito de reduzir a invisibilidade das experiências reais e cotidianas dos migrantes e dos grupos marginalizados, as suas histórias e percursos distintos.

As características apresentadas, pelos migrantes, nos diversos contextos a que estão expostos, emitem sinais que os definem como pessoas frágeis, do ponto de vista mental, com um elevado risco de desenvolvimento de doenças psiquiátricas. Para o psiquiatra catalão Achotegui (2004), a experiência migratória está indissoluvelmente ligada à emergência da patologia mental, que o fez identificar uma nova categoria diagnóstica que definisse exatamente esse mal-estar: a Síndrome de Ulisses¹⁵ (síndrome de stress múltiplo e crônico ligado à migração), indicada como doença psicológica provocada pela solidão, sentimento de fracasso, dureza da luta diária pela sobrevivência, medo e falta de confiança nas instituições. Esse tipo de doença afeta, cada vez mais, os migrantes, ao ponto de já terem sido

¹⁵ Também conhecida como a Síndrome do Emigrante com estresse crônico e múltiplo.

diagnosticados milhares de casos. A síndrome de Ulisses foi citada nos discursos abaixo:

[...] existe a situação das doenças psicológicas devido à condição da migração, as pessoas vêm sozinhas, ficam pensando nos familiares e torna-se uma situação difícil e eles acabam adoecendo ficando deprimidos, então precisa melhorar muito a questão do atendimento de saúde para essas pessoas [...]. Então tudo isso o primeiro ano é muito pesado para ele [...] de qualquer nacionalidade [...] que nos conhecemos como síndrome de Ulisses. (Cegonha)

Temos a dificuldade devido ao idioma, eles têm dificuldade de falar o que eles estão sentindo. Também para eles têm a questão Mental é muito forte, devido aos problemas emocionais e àquela Síndrome de Ulisses. Essa questão psicológica a saúde é bem ampla e a questão psicológica é recente, nós sentimos a necessidade deste acompanhamento e desse olhar mais atento para a questão psicológica mais de perto. (Maçarico)

Apesar das contradições relacionadas ao diagnóstico da Síndrome de Ulisses, (síndrome de stress múltiplo e crônico), ela está definida como “o mal do século XXI”. O discurso a seguir, de um dos participantes desta pesquisa, põe em evidência, por meio da experiência do cotidiano no campo das migrações internacionais, as concepções descritas por Pussetti (2010) que faz críticas à forma de diagnóstico utilizada para identificar a doença, pois considera que traduz os conflitos sociais em idiomas psicopatológicos, desviando a atenção do contexto político e econômico mais amplo, para se concentrar no indivíduo como corpo despolitizado e naturalizado, no entender da adaptação ao novo modo de ser e de viver um processo inerente ao ato migratório.

Então, são as patologias que são decorrentes do processo migratório, mas eu chamo de um processo normal de adaptação, também existem as questões do clima, da cultura que é muito complicado, então é difícil o primeiro ano, mas é um processo normal não necessariamente é um processo patológico. (Cegonha)

Assim, mecanismos que realçam os diagnósticos psiquiátricos funcionam regularmente como instrumentos de controle e de opressão das experiências de segmentos marginais e subalternos da população. A leitura patologizante ou medicalizante da diferença cultural ou exclusão social permite incorporar as características de grupos migrantes como elementos potencialmente patológicos que necessitam de controle e monitoramento. O discurso da participante revela o outro lado da questão, de que a condição de ser um migrante comporta mal-estar e sofrimento evidentes que precisam ser, num primeiro momento, reconhecidos, para poderem ser, em um momento seguinte, situados nos devidos contextos

particulares de vivência dos seus protagonistas.

Fonseca et al. (2005) descreveram que os dois primeiros anos do processo migratório constituem um período crítico, em termos psicológicos para o migrante, no entanto, essa fragilidade pode prolongar-se por mais tempo.

As experiências vividas antes e durante o caminho migratório e o processo de reintegração têm efeitos psicológicos que variam de acordo com cada pessoa e que são expressos pelos participantes em dois sentidos: o primeiro é definido como adoecimento psíquico, com a necessidade de medicalização; e o segundo com significados de situação “normal”, aguardada no processo de reintegração à nova realidade e ao luto vivido pela saída do país de origem e ruptura dos vínculos. Entretanto, a afetação subjetiva, a dor vivida, que não é necessariamente uma doença, mas que também não pode ser banalizado como algo que naturaliza o processo, Nesta perspectiva o atendimento com profissionais psicólogos e a escuta qualificada faz-se uma mediação importante para a elaboração das vivências e para potencializar ações.

Na transição do migrante é importante existir a possibilidade do apoio ou assistência que considere as especificidades de sua condição, sem torná-lo essencialmente vítima ou enquadrá-lo em um transtorno mental que necessita resposta imediata. Esses serviços são prestados por algumas das instituições que participaram desta pesquisa, no entanto é necessário que o migrante seja incluído nos serviços públicos básicos de saúde (UBS, ESF, CRAS) e quando indicado, ter acesso aos serviços especializados de saúde mental (Caps)¹⁶, oferecidos pelo SUS.

4.2.2 Migração e saúde física

Quanto à saúde física, os migrantes são acometidos por agravos, com destaque, nesta pesquisa, o caso dos haitianos, tendo em vista o risco de surtos de cólera, filariose e a disseminação de HIV-II:

¹⁶ Os Caps, foram regulamentados pela Portaria n.º 336/2002 (BRASIL, 2002B), compostos por uma equipe multiprofissional, que trabalham com a perspectiva interdisciplinar, sendo responsáveis pela unidade durante todo o seu período de funcionamento, o que inclui criar uma ambiência terapêutica acolhedora. Os Caps podem se constituir em 5 modalidades: Caps I, Caps II e Caps III, diferenciando-se apenas no que se refere à ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. E outros 2 serviços específicos de atenção psicossocial: Capsi (Criança e Adolescente), voltado à atenção psicossocial para atendimentos de crianças e adolescentes; e Capsad (Álcool e outras Drogas), responsável pela atenção psicossocial de pessoas com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas

Com a chegada dos haitianos aqui em Cuiabá apareceram os primeiros casos de HIV tipo II do Brasil. Eles foram diagnosticados e estão em tratamento isso provocou um alerta para os agentes de saúde do país, as precauções foram feitas, eles enviaram comunicados para o ministério da saúde e para todos os municípios do MT. Também tem vários casos de filariose. (Garça)

A chegada inesperada e abrupta dos haitianos desencadeou uma série de preocupações nas autoridades sanitárias de Manaus e do Governo Federal, com destaque para um possível surto de cólera (*Vibrio cholerae*) que poderia ser deflagrado a partir da presença de indivíduos infectados. No século XIX, a região caribenha foi atacada por vários surtos da doença, porém não há registros de que o vibrião tenha acometido o Haiti até 2010 (JENSON et., 2011). O país sofreu seu primeiro surto com a chegada dos militares nepaleses pertencentes à Minustah, que foram infectados em seu próprio país e disseminaram o vibrião num dos principais rios do departamento de Artibonite. A situação foi agravada pela desestruturação administrativa causada pelo terremoto. A Organização das Nações Unidas ocultou da opinião pública a informação sobre a disseminação do cólera por meio de suas tropas, até que um grupo de epidemiólogos independentes realizou um painel para analisar a situação e emitir um relatório, organizado por Cravioto et al. (2011), que narram o processo epidêmico também descrito por Piarroux et al. (2010).

Na década de 1990, o Brasil viveu o último surto de cólera, quando a epidemia vinda do Peru cruzou a fronteira e atingiu cidades limítrofes como Tabatinga e Benjamin Constant, chegando a Manaus em outubro de 1991 e de lá para o resto do país no mesmo ano (HOFER, 1993). Com as ações de controle, a doença foi erradicada, e não há surtos registrados desde 2000, quando alguns casos foram detectados no Nordeste. A partir de então, apenas casos isolados de indivíduos infectados em outros países foram detectados em território nacional.

Em Tabatinga, por onde os haitianos chegavam ao Amazonas, o Laboratório Central de Saúde Pública do Estado foi estruturado com vistas à realização de exames bacteriológicos para isolamento do vibrião do cólera, melhorando o tempo de resposta do sistema para detecção de possíveis casos, já que, antes, os exames eram realizados apenas em Manaus. A questão do cólera também ajudou a definir responsabilidades entre estado e municípios; segundo a própria organização do SUS o estado ficou responsável por otimizar a estrutura de exames e testes rápidos e o município – no caso Manaus – empreendeu ações visando à integração dos haitianos ao sistema no nível da assistência básica e às ações que envolviam tratamento, como é o caso da Fundação de Medicina Tropical Heitor Dourado, órgão pertencente ao governo do estado do Amazonas, para onde os doentes com Aids, malária ou

dengue eram encaminhados para internação (SANTOS, 2016). Nas ações realizadas especificamente no caso dos haitianos revela uma integração aos serviços de saúde motivados pelo risco de proliferação de doenças já erradicadas ou controladas no Brasil.

Outro agravo apontado como risco de disseminação pela chegada dos haitianos foi a filariose, narrada por um participante da região centro-oeste que faz fronteira com o estado do Amazonas. A filariose linfática humana constitui-se em um agravo decorrente da infecção pelo parasitismo de helmintos nematoides das espécies *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, *Bru Brugia malayi* e *Brugia timori*, endêmica em algumas regiões tropicais de Ásia, África e América. Constitui-se em um relevante problema de saúde pública na China, Índia, Indonésia e em determinadas áreas da África (MELROSE, 2002). Nas Américas, a doença é causada especificamente pela *Wuchereria bancrofti*, provavelmente introduzida pelo tráfico de escravos durante o período colonial e que encontrou, nesses continentes, um vetor apropriado – o mosquito *Culex quinquefasciatus*.

A filariose tem focos de transmissão ativa no Haiti, República Dominicana, Guiana e Brasil. A transmissão foi interrompida na Costa Rica, Suriname e Trinidad Tobago, áreas endêmicas até alguns anos. Dos estimados oito milhões de habitantes do Haiti, supõe-se que pelo menos seiscentos mil sejam infectados pela *Wuchereria bancrofti* (ROCHARS et al., 2004). No Brasil, inquérito nacional realizado na década de 1950 mostrou transmissão autóctone em 11 cidades: Manaus, Belém, São Luís, Recife, Maceió, Salvador e Castro Alves, Florianópolis, São José da Ponta Grossa e Barra de Laguna, e Porto Alegre. Atualmente, no Brasil, a parasitose apresenta distribuição urbana e nitidamente focal, sendo detectada transmissão ativa e monitorada apenas em uma determinada região da cidade do Recife (ROCHA; FONTES, 1998; RAWLINSON et al., 2014; SANTOS, 2016).

Apesar da preocupação com a disseminação e possíveis riscos de surtos de cólera e filariose, foi detectado um caso de HIV-2¹⁷ em uma haitiana, no município de Cuiabá, capital

¹⁷ O HIV-2 foi identificado pela primeira vez em 1985, em pacientes do Senegal; logo após, foram detectados casos também em Cabo Verde. Atualmente, sabe-se que HIV-1 e HIV-2 são vírus distintos, com diferenças expressivas entre seus genomas e biologia. Em relação ao HIV, a infecção pelo tipo 2 difere por ter uma evolução mais lenta para os quadros clínicos relacionados. Também há evidências de que a transmissão vertical (mãe-filho) e sexual não seja tão acentuada, quando comparada ao HIV-1. Enquanto a Organização Mundial da Saúde estimou, em 2008, que a epidemia por HIV-1 atingia 34 milhões de pessoas no mundo, calcula-se que o HIV-2 seria responsável pela infecção de dois milhões de pessoas. O HIV-2 ocorre, sobretudo, em países da África Ocidental de língua portuguesa e francesa. No início da pandemia nesses países, foi o tipo preponderante de Aids, mas perdeu espaço para o HIV-1. Na Europa, casos de HIV-2 são descritos em países como Portugal, França e Espanha (AGUIAR, 2010; BRASIL, 2013b).

No Brasil, segundo a literatura científica, as discussões acerca da presença do HIV-2 tiveram início com os trabalhos publicados em 1987 e 1989. Os estudos realizados na época indicaram a presença de casos e foram alvo de muitos debates, uma vez que as metodologias então aplicadas permitiriam resultados falso positivos e

do Estado de Mato Grosso, na região Centro-Oeste do Brasil. Tal fato acendeu um alerta extremo nos serviços de saúde e de atendimento especializado da região estendendo-se para todo o território brasileiro, pois, segundo dados da Fiocruz, há, no Brasil, apenas 15 casos confirmados da doença.

Mais uma vez a condição de saúde dos migrantes haitianos teve reflexo negativo, sobretudo perante os profissionais de saúde e autoridades, devido ao estigma de que migrantes é sinônimo de perigo sanitário, situação que causa discriminação e xenofobia.

Para Sargent e Larchanché (2011), a complexa situação de saúde de grupos de migrantes e as possibilidades de sua inserção social são problematizadas com críticas a respeito da associação entre doenças infecciosas e migrantes como grupos de risco dentro das sociedades receptoras. Outro fator de crítica por parte das autoras é a verificação de que a bibliografia antropológica sobre migração e saúde é ampla e privilegia os migrantes sul-norte, principalmente para os Estados Unidos e Europa Ocidental, fato que designa a concepção de uma representação descritiva-analítica que atribui ao processo migratório e aos grupos de migrantes, consecutivamente, o centro das análises sobre os processos de adoecimento. Logo, a compreensão da complexa trama mundial que inclui a mobilidade sul-sul permanece obscurecida.

Além das doenças infectocontagiosas referidas nos discursos, os participantes apontaram algumas necessidades de saúde dos migrantes, com atenção especial voltada para as mulheres gestantes e vítimas de violência doméstica e sexual:

[...] *as mulheres que ficam grávidas e precisam realizar o pré-natal, muitas vezes temos que orientar e encaminhar para fazer o pré-natal elas têm medo e também não conhecem como funciona.* (Cegonha)

falso negativos. Já um estudo de 1991, realizado por um grupo do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC, na sigla em inglês) em colaboração com pesquisadores do Rio de Janeiro, trouxeram evidências sorológicas (baseadas na presença de anticorpos induzidos pela infecção) e também moleculares (baseadas na presença do material genético do vírus nas amostras) quanto à presença do HIV-2 em coinfecção com o HIV-1 (AGUIAR, 2010; BRASIL, 2013b).

As amostras de sangue analisadas na primeira etapa de testagem para HIV apresentaram resultados sugestivos da presença dos dois vírus. Como preconizado pelo Ministério da Saúde, esses resultados devem ser confirmados por reagentes específicos tanto para o HIV-1 quanto para o HIV-2. No entanto, no momento, não há disponível no mercado reagentes específicos para o HIV-2, só para o HIV-1. Foi nesse ponto que a pesquisa básica participou, aplicando testes moleculares e imunológicos ainda restritos a ela. “Todos os testes disponíveis hoje no Brasil, sejam os laboratoriais ou do tipo rápido, são absolutamente sensíveis para detectar a presença do HIV e tipar o HIV-1”. No entanto, para analisar de forma específica do HIV-2 são necessárias especificidades no diagnóstico; para isso, os serviços contam com profissionais preparados para identificar e dar os devidos encaminhamentos nos casos suspeitos (AGUIAR, 2010; BRASIL, 2013b).

Estes achados têm impacto, principalmente na questão do tratamento, já que o HIV-2 é naturalmente resistente aos antirretrovirais do tipo não-nucleosídeos. Apesar de responder muito bem à classe dos inibidores de proteases, nos casos de infecção pelo HIV-2 a resposta costuma ter duração pequena e algumas mutações de multirresistência são selecionadas rapidamente (AGUIAR, 2010; BRASIL, 2013b).

[...] tem dificuldade de ser atendido na saúde, a mulher Andina tem muita hipertensão índice de pré-eclâmpsia no parto falta de higiene pela qual tinham infecção no pós-parto, enfim fazia com que se mantivesse os índices os indicadores em níveis altos da mortalidade. (Biguá)

Fora do âmbito das doenças tropicais, a questão da gravidez logo ganhou visibilidade e a atenção dos gestores de saúde, a partir das chegadas dos haitianos. Apesar de estarem em menor número que os homens, as mulheres haitianas ganharam um valor diferenciado dentro do circuito de migração, pela possibilidade de obtenção de um visto permanente por conta de prole brasileira. O artigo 113, inciso I, do Estatuto de Estrangeiro (Lei n. 6.815/1980), em vigor na época em que aqui chegaram, previa uma abreviação no prazo mínimo de quatro anos de residência para a obtenção do visto permanente, no caso de estrangeiros com filhos nascidos em território nacional (BRASIL, 1980).

Das mulheres que deram à luz no Brasil, algumas chegaram grávidas, enquanto outras engravidaram aqui, a maioria formando casais com outros haitianos com quem passaram a se relacionar depois da chegada. São raros os casos de casais que viajam juntos. A maioria dos homens prefere trazer a família depois de já estar estabelecido no país de destino, enquanto a maioria das mulheres que viaja sozinha é solteira.

As mulheres grávidas tornaram-se logo alvo de preocupação para os órgãos de saúde e, por sua condição mais vulnerável, foram as primeiras a receberem algum estímulo para se integrar ao SUS. Se a gravidez apareceu como um fator que facilita a “entrada” das haitianas no sistema, por atrair a atenção das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), a barreira linguística constituiu-se como um limitador dos esforços para o alcance das gestantes nos serviços de saúde (SANTOS, 2016).

No tocante à saúde reprodutiva e às concepções sobre o desenvolvimento do processo de gravidez de migrantes, existem muitos estudos que abrangem a temática, evidenciando que esse aspecto não é novo, contudo, não há dúvidas de que os haitianos deram visibilidade aos problemas enfrentados há muito tempo pelas mulheres migrantes residentes no país. Como exemplo, faz-se referência ao processo migratório dos bolivianos para o Brasil, que trouxe uma série de questionamentos e necessidades de intervenção por parte dos serviços de saúde; particularmente a gravidez nas mulheres bolivianas constitui um importante objeto de atenção, pois, nos últimos anos, tornou-se uma preocupação constante dos serviços de saúde no município de São Paulo.

Madi, Cassanti e Silveira (2009) realizaram uma pesquisa com o objetivo de compreender as concepções das mulheres migrantes bolivianas que frequentam o Centro de

Saúde, na região central de São Paulo. Os pesquisadores acompanharam as agentes comunitárias nas visitas domiciliares. Como resultado, evidenciou-se que as bolivianas praticam endogamia e seus parceiros são fixos. Na Bolívia, não procuravam o serviço de saúde. Notou-se um paradoxo no que diz respeito à gravidez e ao trabalho, pois dizem ter planejado a primeira gestação, embora concordem que o trabalho – principal motivo da migração – seja prejudicado pela gestação, parto e maternidade. Em relação ao parto, as bolivianas desejam e acreditam que o parto normal seja melhor do que a cesárea. As autoras enfatizaram, ainda, que as barreiras impostas à cultura boliviana (como a linguagem) e o receio que os bolivianos têm com relação à falta de documentos, estabelecem barreiras para que tenham acesso aos serviços relevantes.

Os aspectos culturais foram salientados na maioria dos discursos que mencionam questões que envolvem saúde/doença dos migrantes. Segundo Helman (1994, p. 330, grifo do autor), a “[...] Parte da vigilância continuada da saúde da comunidade envolve uma consciência do papel das crenças e dos comportamentos *culturais* nas melhorias de saúde ou na causa da doença.”; desse modo, torna-se importante entender e conhecer elementos da cultura dessas mulheres para se estabelecerem políticas adequadas tanto na situação da Atenção Básica de promoção e prevenção de saúde quanto na situação de doença. Situação econômica, estrutura familiar, papéis de gênero, padrões de contracepção, gravidez, práticas de parto e condições de moradia são exemplos desses aspectos culturais que envolvem o debate sobre o processo saúde-doença. Paim (1998) argumenta que os fenômenos biológicos são sempre vivenciados mediante um universo cultural particular. Tal afirmação permite construir um conjunto de questionamentos acerca da situação em que vivem as migrantes, e, tendo por base o contexto sociocultural de experiência de vida, verificar quais comportamentos foram adotados e os problemas sofridos.

Considerando que o ato de migrar não sugere somente o deslocamento físico a partir dos limites atravessados geograficamente, mas também um processo migratório repleto de experiências de passagem como convivência com diferentes culturas e formas de compreender o mundo, surgiu, segundo Sarriera, Pizzinato e Meneses (2005), a Psicologia Intercultural, com a finalidade de promover uma visão ampla dos fenômenos psicossociais por descrever e compreender a influência dos fatores culturais no desenvolvimento e nos comportamentos dos migrantes. Assim sendo, quando o indivíduo migra ele pode abandonar segmentos de sua rede social estabelecida no país de origem, o que acaba por interferir em sua saúde psíquica, consoante o rompimento dos vínculos afetivos e referências socioculturais estabelecidas antes da migração. Nesse sentido, alguns integrantes da rede permanecem,

enquanto outros são considerados perdidos no “mapa” emocional e funcional dos sujeitos (SLUZKI, 1997).

Falicov (2007) concebe o processo migratório como um período de luto decorrente do desenraizamento social, uma vez que as redes sociais de origem do migrante se perdem.

O discurso abaixo reflete nitidamente outra questão cultural envolvida nos contextos de saúde/doença:

E numa questão mais específica dos haitianos por causa da religião, eles têm a religião do vodu, eles acreditam que eles têm que voltar para o Haiti para serem curados que aqui Eles associam algumas doenças com a bruxaria, não conseguem acreditar que podem ser curados aqui, então voltam para o Haiti para serem curados. (Maçarico)

No estudo realizado por Santos (2016) foram identificadas barreiras referentes a fatores religiosos, nas ações de saúde. Por exemplo, na coleta de amostra de sangue para diagnóstico de doenças houve resistência, pois a agulha possui um significado diferenciado para alguns haitianos, em função de seu uso em práticas da religião vodu.

No Haiti, algumas doenças são associadas à feitiçaria e constituem motivo de exclusão social do portador; há um entendimento, no senso comum, de que certos agravos não são passíveis de tratamento pela medicina. O papel do vodu (religião nacional) também é determinante, uma vez que a carência de atendimento à saúde promove os terapeutas espirituais como recurso mais acessível – e as vezes único (VONARX, 2008). Tais questões demandam abordagens sensíveis à questão por parte de quem se propõe a atuar junto a essa população.

Quanto aos relatos sobre violência doméstica e sexual, destaca-se nas falas dos participantes:

[...] nós conversamos com vários deles, as mulheres sírias que nós estamos atendendo. É uma cultura totalmente diferente, as coisas têm que ser resolvidas no âmbito familiar, elas são muito reservadas, por exemplo se elas estão sofrendo algum tipo de abuso do marido, eu estou sofrendo algum tipo de violência é muito difícil elas falarem, mas nós sabemos que tem casos. (Maçarico)

[...] tivemos as gestantes que tiveram um atendimento diferencial, com busca ativa dessas mulheres na comunidade, outro problema muito comum é que tem muitos casos de violência e as mulheres sofrem violência sexual [...]. (Pelícano)

Outro problema de saúde que envolve outros setores, mas que chega até as unidades de saúde, é a questão da violência doméstica, que é recorrente na

comunidade dos haitianos, é cultural. (Garça)

Percebe-se nas falas a naturalização da violência doméstica em outros países, no entanto esta é uma realidade do Brasil também, apesar das leis que tentam coibir esta prática a realidade social no Brasil pouco se altera com mais leis e maiores punições. No caso a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei “Maria da Penha” que busca “criar mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher” é de inegável importância, pois criminaliza agressões domésticas contra mulheres, um comportamento usualmente visto como um problema privado e apenas uma briga de família, passou a ser tratado como uma questão pública. Contudo, há diariamente diversos exemplos em que o assassinato e a violência contra a mulher são temas corriqueiros e percebidos com naturalidade pela população migrante ou não.

A análise das falas evidenciou que a violência doméstica contra as mulheres é um fenômeno social recorrente e multifacetado que influencia significativamente nos processos de saúde-doença das mulheres migrantes que a vivenciam. A violência doméstica e sexual infelizmente não se trata de uma situação exclusiva das mulheres migrantes, mas acomete toda a sociedade, sendo considerado um problema de saúde pública, uma vez que dela derivam danos físicos, psicológicos e sociais, morte prematura evitável e declínio da qualidade de vida em pouco mais da metade da população mundial.

A violência sexual constitui uma das formas de violência mais difíceis de se prevenir, identificar e atender no âmbito da saúde pública, uma vez que, no contexto da América Latina, prevalecem conjunturas patriarcalistas com relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, os quais são violados, seja pelas exigências de conceber os filhos que seus parceiros consideram necessários, ou pelo fato de serem forçadas a aceitar encontros sexuais nas condições que os seus parceiros determinam, mesmo que isso represente um risco para a saúde ou para a vida.

O SUS em uma perspectiva que possibilita e viabiliza mudanças na área de saúde, entre as quais a consciência sobre a necessidade de adoção de abordagens teóricas e práticas profissionais emancipatórias, que se manifestam no reconhecimento das limitações do modelo de saúde pública tradicional com enfoque biológico predominante, tem a proposta que comporta a teoria da determinação social do processo saúde-doença, e a comprehende como fenômeno determinado na esfera da vida social.

A desigualdade de gênero constitui uma das grandes contradições da sociedade que se

cultiva ao longo da história da humanidade, onde coloca as mulheres em um lugar social de subordinação. A forma extrema de manifestação dessa desigualdade é a violência contra as mulheres, resultante de assimetrias de poder traduzidas em relações de força e dominação. Portanto, a violência fundamentada no gênero constitui-se um fenômeno social que interfere profundamente no modo de viver, adoecer e morrer das mulheres.

Considerando que a violência atinge significativamente o processo saúde-doença das mulheres, tem-se na área da saúde um local privilegiado para identificar, assistir e referir as mulheres vitimizadas. As mulheres que apresentam experiências de violência doméstica ou sexual durante a vida possuem mais problemas de saúde, motivam mais custos de atenção sanitária e procuram, com maior frequência, os serviços hospitalares (urgência e emergência) comparadas a outras pessoas que não sofrem maus tratos (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Santos, Ribeiro e Santos (2015) realizaram um estudo retrospectivo e documental, na cidade de São Paulo/Brasil, com o objetivo de identificar as características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de estupro, atendidas em serviço público de referência para abortamento legal. Foram identificadas 38 mulheres bolivianas que solicitaram abortamento por gestação decorrente de estupro, entre 2002 e 2014.

Os autores concluíram que as mulheres eram predominantemente jovens, sem companheiro, com pouca escolaridade, católicas, trabalhadoras e procedentes da Zona Leste da cidade de São Paulo. Na maior parte dos casos, o crime sexual foi praticado por agressor único e desconhecido, que as abordou na residência ou em atividade de lazer, com ações de violência física. A chegada dessas mulheres ao hospital se deu, principalmente, por encaminhamento da polícia ou de outros serviços públicos de saúde. Na maior parte dos casos, a idade gestacional, quando do ingresso ao hospital, mostrou-se inferior a 13 semanas, período em que ainda é possível o procedimento de abortamento. O principal motivo para que a gravidez não fosse interrompida teria sido a idade gestacional acima de 12 semanas, que corresponde ao limite técnico para a realização do procedimento.

Os estudos sobre a saúde das mulheres migrantes, nomeadamente na União Europeia, na América do Norte, na América Latina e na Ásia registram, sobretudo, problemas de saúde reprodutiva, apontando os piores indicadores de saúde associados a essa população. Na maioria das vezes, as mulheres migrantes têm pouco conhecimento sobre os serviços sociais e de saúde; em geral, utilizam menos os serviços de saúde reprodutiva do que as mulheres não migrantes; com frequência, não recebem cuidados pré-natais ou os recebem de modo inadequado ou tardio; utilizam menos os métodos contraceptivos e, por isso, são mais

vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis; registram mais gravidezes indesejadas, como também taxas elevadas de abortos espontâneos, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade perinatal e infantil (LOPES, L., 2008; MACHADO et al., 2006; MANUEL, 2008; RAMOS, N., 2004, 2008, 2009).

Como pode-se observar, há o despontamento de uma contradição na vida das mulheres migrantes, sobretudo, nesta pesquisa, as oriundas do Oriente Médio e América Central, gerando tensão e resultando em processos destrutivos que são compreendidos como naturais da condição do “ser mulher”. Situação que exige uma luta pela inclusão e ampliação dos espaços de liberdade e de produção social da vida das mulheres migrantes, especialmente nos serviços de saúde.

4.2.3 Migração, saúde e trabalho

Concomitante aos fatores relacionados às condições de saúde/doença incluem-se os aspectos pautados no trabalho, intimamente associados aos elementos econômicos que constituem fatores de expulsão e atração de migrantes em todo o mundo, além da necessidade de sobrevivência do ser humano, a partir do trabalho. Observa-se, nos relatos a seguir, uma preocupação com as condições laborais e suas implicações na saúde dos migrantes.

[...] pode adoecer pelo excesso de trabalho, o acidente de trabalho [...]. Desafio muito grande, porque falam do SUS que atende o pessoal que vem, mas eu fico preocupada quanto à acidentes de trabalho, ficar encostado não tem de fato ajuda, porque para nós brasileiros já é difícil a situação, agora você imagina pro estrangeiro temos algumas situações de acidentes de trabalho [...]. (Cegonha)

Atendemos aqui de tudo, coisas comuns nada específicas, mas tem muitos casos de acidentes de trabalho, aí temos que falar sobre os direitos sobre a saúde do trabalhador. (Araçari)

Independentemente dos fatores que interferem na volição de migrar, o trabalho está inserido, pois se constitui parte inerente à sobrevivência do homem enquanto ser social, que está em constante mutação, buscando melhorias, vislumbrando oportunidades, conforto, desenvolvimento e realizações. Portanto, os discursos referentes aos agravos de saúde que acometem os migrantes internacionais no Brasil trouxeram à tona os casos de excesso de trabalho e acidentes laborais, entendidos, aqui, de forma inter-relacionada, sem deixar de lado os debates realizados acerca desta temática que afeta diretamente os migrantes que aqui aportam.

Segundo Fernandes, D. (2015) a crise econômica vivenciada pela economia mundial, iniciada no ano de 2008 e com o foco nas sociedades centrais do capitalismo, promoveu alterações nos fluxos da migração internacional que atingiu a maioria dos países. As regiões de destino de migrantes deixaram de ser atrativas e, em alguns casos, passaram a ser locais de rejeição de mão de obra, invertendo tendências presentes no cenário mundial, prevalecentes há mais de 30 anos.

Nesse novo cenário, o Brasil estava inserido; o processo emigratório de brasileiros que buscavam os grandes centros do Hemisfério Norte como local de destino passou por uma reversão que inclui a migração de retorno às regiões de origem dos antigos migrantes e o aparecimento de um novo fluxo composto de migrantes naturais dos países com maior nível de desenvolvimento que, majoritariamente, possuíam nível de instrução elevado e estavam em busca de colocação no mercado de trabalho, na maioria dos casos, em países emergentes nos quais os avanços na economia geravam postos de trabalho não ocupados por nacionais.

Dentre os novos fluxos que adentraram o território brasileiro, ressaltam-se dois grupos: haitianos que representaram avanços quanto à necessidade de rever as políticas migratória nos países latinos que têm importância pela integração dos países da América do Sul (Mercado Comum do Sul – Mercosul) no campo econômico e pelos acordos recentes de livre trânsito na região, que permitiram a regularização de milhares de migrantes.

Especialmente no Brasil, existem aspectos intimamente relacionados às questões do mundo do trabalho e migrações internacionais, que são apontadas por diversos autores; dentre eles destacam-se: i) a sujeição dos trabalhadores imigrantes submetidos às condições análogas a de escravos; ii) imigrantes indocumentados; iii) movimentos de discriminação, racismo e xenofobia (DUTRA, D., 2013; LOPES, C., 2015; MARINUCCI, 2015; SALADINI, 2011).

O trabalhador migrante tem sido utilizado, em diversos países, como mão-de-obra barata e descartável, sem que se respeitem seus direitos fundamentais, em razão da situação precária de permanência que muitos deles encontram nos países receptores, principalmente aqueles que adentram ou permanecem no país de maneira irregular. O trabalho análogo ao de escravo é uma realidade aterradora no mundo atual, inclusive em países economicamente desenvolvidos; as lutas empreendidas para sua erradicação não têm logrado grande êxito. Um dos nichos de exploração do trabalho análogo ao do escravo está justamente na exploração do trabalhador migrante, submetido às condições ilegais ou precárias de trabalho, às quais se subordinam em razão do medo da deportação e da esperança deque com o trabalho consigam obter dinheiro e condições futuras de legalização, sendo, portanto, alvos fáceis aos aliciadores (SALADINI, 2011).

Lopes, C. (2015) elaborou um esquema com as principais ocorrências que envolvem o trabalho do estrangeiro, junto ao Ministério Público do Trabalho, com base nos dados extraídos da memória e dos registros colhidos no MPT-digital (Termos de Ajuste de Conduta e Petições de Ação Civil Pública). Os principais casos de atuação são os seguintes: a) Trabalho indocumentado; b) Tráfico de pessoas para redução análoga à de escravo; c) Tráfico Desportivo; d) Exploração sexual e comercial de crianças e adolescentes; e) Aliciamento para trabalho em condições degradantes/de risco no exterior; f) Trabalho na cadeia têxtil; g) Trabalho em frigoríficos; h) Trabalho na construção civil; i) Trabalho doméstico e em condomínios residenciais; j) Trabalho em embarcações e navios de cruzeiro e Nacionalização do trabalho embarcado.

Acreditando que a migração iria aumentar, e que esse fator poderia ser fonte de conflitos, foi criado o Grupo de Trabalho dos Migrantes dentro da Coordenadoria Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo, para avaliar e estudar estratégias de atuação a respeito do trabalho dos migrantes. A partir daí, intensificaram-se as ações para criação de um fundo de emergência para resgatados da situação de trabalho escravo em oficinas de costura, notadamente no estado de São Paulo, que viriam a beneficiar, majoritariamente, bolivianos e paraguaios, além de prosseguir avançando na responsabilização dos beneficiários finais.

Como resultado, o Ministério Público apresentou-se como interlocutor confiável para os grupos de migrantes, por não adotar posturas de criminalização da migração e por defender a regularização migratória das vítimas de tráfico, apoiar o princípio da não discriminação, reconhecer o “valor” da diversidade, enfim, lutar por um país com condições adequadas para todos, independentemente da nacionalidade.

No âmbito do Mercosul, a situação é de regime jurídico de liberdade de trabalho e residência, e já estão em vigor os Acordos de Livre Circulação e Residência, tanto para o Brasil, como para Argentina, Paraguai, Uruguai e também Bolívia, Chile, Peru e Colômbia. A efetiva incorporação do regime desses acordos nas práticas administrativas leva ao incremento da liberdade de circulação regional, pois o cidadão comunitário (“cidadão mercosulino”) deixa de ser considerado estrangeiro. Contudo, o Ministério Público do Trabalho defende uma perspectiva de Direitos Humanos comprometida com a realização dos direitos sociais, na teoria e na prática. Mesmo com as ações empenhadas pelos agentes públicos, constatam-se sucessivos ataques ao Direito Laboral, que, mesmo numa Constituição Social, vêm sendo duramente golpeados por práticas precarizantes das relações de trabalho.

Essas práticas, apesar de contrariarem os princípios mais básicos do direito laboral,

como igualdade de direitos, progressiva melhora das condições de trabalho (vedação ao retrocesso das conquistas sociais), vêm se infiltrando de maneira perigosa no mundo laboral, porque amparadas na ideologia neoliberal, aqui concebida como a negativa real da solidariedade social como base do edifício jurídico, substituindo-a pelo princípio do livre negócio, analisado em si, sem considerar as posições que as partes ocupam no tecido social e a disparidade de poderes para negociar. Essa condição já afeta o meio ambiente de trabalho, provocando riscos à saúde e à vida do trabalhador.

O trabalhador migrante têm, em geral, os horários mais desconfortáveis, como jornadas noturnas e nos finais de semana, combinando salários mais depauperados, superexploração e discriminação e segundo Mendonça (2014) exercem as atividades mais insalubres, perigosas e árduas nos setores conhecidos por seus elevados números de acidentes de trabalho fatais ou graves, como agricultura, construção e processamento de carnes. Além disso, devido às barreiras linguísticas e culturais, quando as instruções sobre a segurança no trabalho são dadas, os migrantes podem não compreendê-las o que eleva potenciais riscos na atividade laboral.

Há muito, economias desenvolvidas e subdesenvolvidas utilizam força de trabalho migrante para baratear os custos de produção. Tais fatos podem ser evidenciados em diversas pesquisas que associaram o trabalho precarizado a crescente evolução que causam casos de tuberculose entre migrantes bolivianos na cidade de São Paulo. Esses casos emergem principalmente no contexto de formação de fluxos migratórios internacionais intimamente ligados à produção têxtil, e dos desdobramentos sócio-sanitários decorrentes dessa dinâmica. A maior parte dos migrantes, em particular os sul-americanos, sofre as iniquidades emanadas dos processos migratórios internacionais, intensificados por experiências penosas de trabalho e condições precárias de moradia que impactam na saúde dos migrantes.

A emergência de um conjunto de doenças infectocontagiosas, como a tuberculose e a doença de Chagas, causa dificuldades nos planos da vigilância à saúde, no controle do surgimento de novos casos e na adesão ao tratamento (GOLDBERG; SILVEIRA, 2013; GOLDBERG, 2010; MARTINEZ, 2010).

O debate que envolve o tema dos agravos à saúde dos trabalhadores foi discutido, conforme Lanzardo (1982), por Karl Marx, na obra intitulada *Enquete Operária* (1880), com o objetivo de inquirir sobre as condições de vida e de saúde da classe trabalhadora francesa. A Enquete constituiu, mais do que um instrumento exemplarmente elaborado de investigação social, uma estratégia de conscientização e mobilização – condições necessárias, embora não

suficientes, para qualquer processo de transformação social (PRATES, 2012; RAMMINGER ATHAYDE; BRITO, 2013)

Nesse texto, Marx (1982) abordou as condições de vida, saúde e segurança dos trabalhadores, enfatizando causas e efeitos dos acidentes de trabalho, ressaltou as reivindicações de saúde dos trabalhadores unificadas com a luta pela emancipação do trabalho, problemas presentes na contemporaneidade, dos homens autóctones e migrantes.

Há também investigações marxistas que examinam as condições de saúde e segurança dos operários ingleses; utiliza, para isso, relatórios produzidos por inspetores de fábrica, desvenda e debate acidentes a que estavam expostos esses trabalhadores. Marx comprova que os acidentes de trabalho decorrem de processos de produção ilimitados. Comprova ao tratar dos acidentes com crianças inglesas durante a limpeza de máquinas automáticas de fiar:

É possível que as *self-actingmules* sejam máquinas tão perigosas quanto quaisquer outras. A maior parte dos acidentes ocorre com crianças pequenas, e precisamente porque engatinham por baixo das *mules* para varrer o chão, enquanto as máquinas ainda estão em movimento. Diversos *minders* (trabalhadores que operam as *mules*) foram processados judicialmente (pelos inspetores de fábrica) e condenados ao pagamento de multas em razão desse procedimento, porém sem que disso resultasse qualquer benefício geral. Se os fabricantes de máquinas pudessem ao menos inventar um varredor automático, cujo uso dispensasse essas crianças pequenas de engatinhar por baixo da máquina, eles dariam uma bela contribuição a nossas medidas preventivas. (MARX, 2014, p. 493).

Os acidentes são provocados, grande parte das vezes, não pela imprudência dos trabalhadores, mas pela intensificação do trabalho causada tanto pelo aumento do ritmo da produção quanto pelas formas de pagamento, no caso o salário por peça.

Marx (2014), conhecendo o processo de produção e os efeitos diretos nas condições de vida e saúde dos operários, a partir dos relatos de inspetores de fábrica, que conheciam de perto os problemas do trabalho, fundamentou e exemplificou sua teoria econômica. Cabe ressaltar que, no trecho citado acima, os acidentes acontecem no processo de trabalho, ou seja, na relação do trabalhador com os objetos e meios de trabalho; porém, é o processo de valorização do capital que intensifica o trabalho, provocando os acidentes. Para o autor, trata-se sempre de apreender os acidentes a partir da dinâmica do processo de produção. Nesse ponto, o pensamento marxista antecede práticas que posteriormente seriam adotadas no campo da saúde do trabalhador.

Outro aspecto abordado por Marx (2014) que reflete na saúde dos trabalhadores refere-se à jornada de trabalho definida como o número de horas trabalhadas em dado espaço de tempo. O autor afirma que as jornadas não são fixas, variam no tempo e no espaço e são

determinadas pela interação de diversos fatores. Alega que o valor da força de trabalho é determinado pelo tempo socialmente necessário para sua produção e reprodução. Ele chama esse período da jornada de tempo necessário e comprehende que, no capitalismo, as jornadas se dividem em duas partes: o tempo necessário para reproduzir e repor o valor da força de trabalho e o tempo excedente, ou sobre trabalho, que é apropriado pelo capitalista. A primeira parte corresponde ao tempo socialmente necessário para produzir meios de vida requeridos para garantir a sobrevivência do trabalhador. A segunda parte da jornada de trabalho, o tempo excedente, forma a mais-valia, que é apropriada pelo capitalista a partir da relação trabalho excedente/trabalho necessário.

Entretanto, Marx (2014) ressalta que há sempre um ponto nodal na produção, a partir do qual aumentos da intensidade e das jornadas se excluem; os limites físicos dos trabalhadores impedem que jornadas e intensidade sejam ampliadas ao mesmo tempo. Segundo Basso (2014), as jornadas de trabalho estão se tornando mais intensas, extensas e difíceis de suportar. Esse autor põe em destaque elevações da jornada ocorridas na França: de 35 para 36 horas sem aumento de salários, na Bosch, em Vénissieux; de 35 para 38 horas nas fábricas da Société d'Emboutissage de Bourgogne, no Vosges; de 35 para 37,5 na empresa de limpeza Cattinair, com elevação salarial simbólica de 2,0%; elevação para 39 horas semanais no setor de hotelaria, neste caso com ampliação salarial de 11,0%. Assim, é importante constatar que ainda nos dias atuais são utilizados métodos de pagamento por produção, problema que se agrava em se tratando de migrantes no Brasil.

Ficou evidente nesta pesquisa que a super exploração da força de trabalho dos migrantes internacionais a partir da conjuntura do sistema capitalista de produção e distribuição de riqueza, onde o capital gera, com a seus mecanismos uma grande massa de desempregados e uma grande população relativa, que sem obter emprego cria o excedente demográfico que migra para a sua sobrevivência. O Brasil tem vivenciado nas últimas décadas essa dinâmica e são exemplos: os bolivianos que trabalham nas oficinas de costura, os cortadores de cana de açúcar, os paraguaios coletores de mandioca as empregadas domésticas das Filipinas dentre outros. Todos enfrentam sérios problemas em razão dos pagamentos por produção e super exploração dessa mão-de-obra. Como os relatos abaixo afirmam:

As pessoas vêm pra cá e precisam trabalhar para sobreviver, e aceitam qualquer emprego, eles têm o problema da língua, às vezes não tem documentos e se submetem até a trabalho escravo, eles não sabem que aquele tipo de trabalho aqui no Brasil é trabalho escravo. (Maçarico)

Eles são enganados, muitas vezes chegam aqui com promessas, ai na hora é tudo diferente, começa a exploração, trabalham dia e noite para produzir mais e garantir uma miséria de salário, mas já estão fugindo da fome do desemprego lá dos seus países, então e submetem. O trabalho é uma questão de sobrevivência. Quando nós ficamos sabendo de situações de trabalho análogo à escravo visitamos e denunciamos. (Tesourinha)

Constata-se que os pagamentos por produção atendem melhor aos critérios de flexibilidade do receituário neoliberal e intensificam o trabalho. O sistema de pagamento por produção associados aos ambientes insalubres tem sido um dos maiores responsáveis pelo ritmo de trabalho frenético e degradante que não param de costurar nem para atender suas necessidades fisiológicas (GOMES; PEREIRA, 2016; SOUCHAUD, 2010, 2012). Sustentado por novas práticas de gestão, o aumento da intensidade do trabalho é provocado por sistemas de remuneração variada, modalidades de participação nos lucros e resultados e banco de horas (METZGER; MAUGERI; BENEDETTO-MEYER, 2012; PINA; STOTZ, 2011). A intensificação é, de fato, um fenômeno central para entender o trabalho nos dias de hoje, assim como a saúde dos trabalhadores envolvidos (CARDOSO, 2013; PINA; STOTZ, 2011, 2014). Para Marx (2014), o salário por peça geralmente é mais favorável para a produção capitalista por duas razões principais: permite a intensificação do trabalho e diminui a necessidade de supervisão.

As condições degradantes a que são expostos os trabalhadores migrantes intensificam os processos de desigualdade enfrentados por essa população. Situação relatada por participantes desta pesquisa:

Aqui no Estado como não tem indústrias, os migrantes trabalham na colheita da mandioca e cana de açúcar na área rural, e isso é ainda mais difícil perceber a exploração e o trabalho escravo por causa da localização. Ali essas pessoas passam por situação que é até difícil de imaginar e o pior é que não sabem que estão sendo exploradas...ou sabem mas não tem opção. (Cegonha)

Já vi muita coisa, muita gente sendo enganada, sofrendo, e muitas que não enxergam uma saída. Fazemos um trabalho aqui, para ajudar, orientamos, acompanhamos elas encontrarem um sentido. Temos parceiros para conseguir trabalho digno. Todos nós precisamos trabalhar e não é diferente com eles, mas tem que ter dignidade. (Garça)

Segundo Sawaia (2009, p. 365),

[...] por trás da desigualdade social, há vida, há sofrimento, medo, humilhação, mas também há o mais extraordinário milagre humano: a vontade de ser feliz e de recomeçar ali onde qualquer esperança parece morta. Há, portanto, o homem por inteiro, de corpo e mente, emoção e razão, determinado e determinante da sociedade, de forma que o que acontece com um afeta o outro. Nessa concepção, a subjetividade deixa de ser perturbadora para ser constituinte da objetividade social.

Embora enfatizada a questão da mais-valia no contexto da migração, saúde e trabalho, e relatados os aspectos negativos relacionados ao tema, cabe salientar que o trabalho digno é de fundamental importância para a inclusão do migrante e um elemento gerador de satisfação que repercute de maneira satisfatória na saúde dessas pessoas, traz melhorias de condições de vida, além de favorecer a compressão das diferenças e as particularidades como uma possibilidade de enriquecimento mútuo dos migrantes e das sociedades receptoras dos mesmos.

A constituição de caminhos que levem à resolução dos problemas de saúde dos migrantes, necessariamente, incluir uma visão de sociedade e de política social fundamentada na universalização dos direitos. Dessa forma, a organização do setor de saúde permitirá reconhecer os problemas dos migrantes no acesso universal dos serviços e, para complementar, assegurar a oferta de cuidados à saúde dos imigrantes, em serviços estruturados com base em ações competentes, que viabilizem a acessibilidade e o acolhimento desses grupos com concepções e práticas de saúde específicas no contexto sociocultural do destino. Essa visão de processo permitirá a formulação de políticas de saúde que contemplem as fases da ação migratória e suas especificidades.

No contexto migratório, as questões relacionadas ao acesso à saúde são primordiais para a análise das condições de qualidade de vida e de inserção social nesse movimento no Brasil, com ênfase nos aspectos que envolvem a chegada a um país cujos códigos culturais são diferentes, as condições de trabalho e moradia adversas e a organização sanitária política distinta.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta Tese procurou-se atingir os objetivos propostos e a responder as questões de pesquisa. Um trabalho exaustivo desde a compreensão do aporte teórico, seguido da coleta de

dados e “concluído” com a discussão dos resultados, momentos permeados por idas e vindas no plano físico e intelectual, no qual o próprio movimento se fez presente, a pesquisa é o movimento, na dialética incessante da vida.

As reflexões sobre o descrito, suas ligações, articulações e implicações, permitiu-nos compreender que o processo migratório é parte indissociável do desenvolvimento histórico e dialético da humanidade, de suas configurações de produção, de ocupação e modificação dos territórios, vinculados à busca da autopreservação. Tal desenvolvimento, enquanto ação histórica foi importante para povoar os continentes e formar não apenas as nações, mas também o anseio nacional, étnico e cultural dos povos.

Embora haja em algumas abordagens citadas nesta tese premissas que assumem um caráter de naturalizar as migrações humanas, estas foram utilizadas para contextualizar a temática possibilitando a verificação das contradições dos diversos campos teóricos que estudam a temática. Assim, na perspectiva teórico metodológica deste estudo é o materialismo histórico dialético, comprehende-se que os deslocamentos humanos são oriundos da relação que o desenvolvimento capitalista com seus mecanismos de liberação da força de trabalho imprime aos contextos dos fluxos migratórios atuais.

Retifica-se a tese principal de que: **A migração internacional no Brasil traz em si uma necessidade de transformação na concretização das políticas públicas de saúde nas práticas dos serviços de saúde, todavia a contradição social e econômica ditadas pelo capital abre espaço para a distinção entre o político e o jurídico, em que o Estado se desresponsabiliza, sem prover as condições indispensáveis para que os migrantes possam ter a garantia do direito à saúde.**

A migração internacional está atrelada aos movimentos do processo de acumulação, concentração e centralização do capital, e sua entrada na pauta dos organismos internacionais está vinculada a estes aspectos impondo imensos desafios que se alastram mundialmente, assegurados pelas políticas neoliberais. A cada momento são desenhados novos contornos fomentados pelos interesses do capital, compreendido em um processo complexo por excelência, cujas influências se fazem sentir nas diversas áreas, sejam elas de natureza econômica, política, social ou cultural, neste sentido a questão do processo migratório é objeto de acalorados debates, marcados pela pluralidade de atores e grupos da sociedade.

Quanto ao objetivo de mapear os processos históricos de desenvolvimento da legislação migratória brasileira, o Estado vivenciou situações que fizeram reemergir os debates que há muito tempo estavam estagnadas, como a necessidade de aprovar a Nova Lei de Migração (Lei n. 13.445/2017). O Estado neste tema é compreendido a partir de seu papel

na dinâmica capitalista e a lógica a elas subjacentes com a função de intervir e gerir as questões da concessão de direitos à cidadania dentre eles os políticos, sociais e culturais. A lei da migração foi sancionada, como resultado de uma densa luta política no contexto histórico, com determinações que insurgem das contradições e conflitos sociais, e embora apresente já alguns embargos é considerada um grande avanço para a conquista de direitos dos migrantes e por reconhecer a migração como direito inalienável a todas as pessoas.

Certamente esta conquista respalda e acrescenta sustentação jurídica no que diz respeito ao direito às políticas públicas sociais em especial, neste trabalho, as de saúde que permitem abordar questões inerentes ao Ser Humano, que possui necessidades que permanecem perenes. Neste momento é necessário empregar o direito ao acesso à saúde na prática, afim de minimizar as desigualdades à que está submetida a população migrante no Brasil.

Os representantes de instituições (ONGs) e entidades brasileiras, atuantes em várias frentes relativas aos direitos humanos e fundamentais de migrantes, participantes desta pesquisa referiram conhecimento quanto ao direito universal à saúde impresso nas políticas públicas de saúde (SUS) e garantidos na Constituição Federal de 1988, mas que apesar deste reconhecimento legal, enfatizaram que na prática as barreiras no acesso às políticas públicas de saúde intensificam-se com: as dificuldades comunicacionais, linguísticas e de adaptação no país de destino, a confrontação com o preconceito, o estereótipo, a discriminação e a xenofobia, a aceitação de postos de trabalho pesados e mal remunerados e pouco reconhecidos socialmente, a falta de suporte social formal e informal, ou seja, isolamento, redes sociais limitadas e dificuldade de informação e acesso aos serviços públicos sociais.

A saúde dos migrantes e o acesso aos serviços ocupam uma posição de destaque nos debates e preocupações em torno dos processos migratórios, entretanto, é notório o descompasso no enfrentamento das peculiaridades dos grupos de migrantes, que não raro ficam sujeitos à interpretação difusa sobre o direito ao atendimento pelo sistema de saúde pública no Brasil. Outro ponto evidenciado neste trabalho refere-se a mediação das instituições sobretudo as religiosas na garantia do acesso nos serviços públicos de saúde, visto que o Estado se desresponsabiliza e permanece omisso.

Se, por um lado, o SUS prevê a universalidade da atenção e do direito à saúde para todos, há concepções turvas nas discussões sobre a saúde do migrante internacional, não apenas no cenário nacional, que diz respeito à responsabilidade do país de destino de atender as necessidades de saúde dos povos que migram, sejam quais forem os motivos. Contradições se manifestam em relação à articulação das migrações e as políticas públicas legitimadas em leis

e decretos e a materialização/operacionalização destas e também entre o discurso da universalidade como princípio do sistema de saúde e que na realidade mostra a promoção de uma assistência funcional sustentada por práticas discriminatórias, tanto por questões de poder político, como de autonomia, de condições técnicas, materiais, financeiras e humanas.

A experiência da migração é vivida com uma série de rupturas que trazem consequências em todas as áreas de vida sendo que a forma de inserção do migrante na sociedade de destino apresenta-se como um fator determinante na saúde física e mental. Os aspectos que envolvem a saúde física estão relacionadas às condições de desigualdades socioeconômicas que marcam a experiência de parte dos migrantes, expondo estas populações a uma maior vulnerabilidade e menor qualidade de vida. Constatou-se casos de adoecimento físico e de doenças associadas às precárias condições de vida e de trabalho, ressaltou-se a presença de doenças infectocontagiosas como a tuberculose, HIV- SIDA, acidentes de trabalho relacionados ao tipo de atividade laboral (agropecuária, construção civil e mercado da carne), comportamentos de risco, como consumo de álcool, tabaco e drogas e a violência doméstica e sexual contra mulheres.

Nas relações associadas às condições das forças de trabalho dos migrantes, revela riscos laborais significativos, com repercussões na saúde e segurança no trabalho, enfatizando a falta de aplicação de normas de segurança e saúde compõe um cenário de potenciais consequências de acidentes e doenças profissionais. Vivenciamos uma sociedade administrada pelas normas do capital, no qual a saúde da população é necessária, para manter a mais valia, pois a ausência de saúde, coloca em risco o exército de reserva disponível, o próprio consumidor dos produtos e a execução do trabalho. O capital exige que os trabalhadores tenham saúde, além de, demandar que essa saúde seja em si igualmente uma mercadoria, um bem de consumo a movimentar o mercado.

Os problemas relacionados a saúde mental de migrantes foram enfatizados, considerando que a migração pode causar sofrimento psíquico e levar a transtornos mentais. Contudo, ainda que em condições de maior vulnerabilidade às desigualdades e exclusão devido às circunstâncias, não se pode afirmar que todos os migrantes irão vivenciar algum tipo de doença psíquica. A vivência de situações traumáticas são percebidas de maneiras diferentes, de acordo com a subjetividade da pessoa, bem como seus impactos na convivência interna e social, dada a singularidade das reações.

O país ao receber migrantes necessita adotar práticas que permitam a reintegração saudável e completa dessa população, para garantir seus direitos de acesso à saúde física e mental, já que o indivíduo necessita ser cuidado de maneira holística. Uma das estratégias

para enfrentar e evitar possíveis episódios de adoecimento mental expressa-se no acompanhamento psicológico, capaz de oferecer mais que um atendimento assistencial e pontual, elaborando formas que contribuam para empoderar o migrante, afim de que este seja capaz de reelaborar seus sentimentos e transformar as possíveis experiências traumáticas e negativas, para reconstruir sua própria história, ressignificada constantemente. Assim, desenvolve recursos internos e coloca-se como sujeito de sua própria história. O migrante fortalecido psicologicamente, ter mais condições para vivenciar os desafios que se apresentam, como busca por trabalho, moradia e adaptação a nova cultura.

É importante ressaltar a relevância do trabalho de equipes multiprofissionais em instituições de apoio aos migrantes, já que o trabalho de acolhimento e integração de migrantes no Brasil é feita por instituições da sociedade civil. O atendimento desenvolvido pelas equipes inclui a escuta qualificada por psicólogos e demonstram melhora no comportamento dos migrantes quanto a saúde mental. Daí tamanha a importância da compreensão da questão pela perspectiva da psicologia, levando em consideração não somente os aspectos psíquicos da pessoa que migra, mas também a compreensão de que o tempo presente e histórico, assim como as relações sociais humanas impactam veementemente nos contextos subjetivos de cada um. Neste sentido, entendemos o quão é importante que a psicologia esteja atenta ao tempo presente com todas as suas contradições inerentes neste.

Também é necessário que o Estado por meio das políticas públicas de saúde assuma seu papel, no compromisso de garantir o acesso universal a saúde, atentando para as peculiaridades e vulnerabilidades das diferentes populações migrantes no Brasil. A desresponsabilização do Estado frente as políticas públicas de saúde está manifestada na precarização da condição de trabalho, na privatização e na terceirização, revela-se também no empoderamento discursivo das comunidades, ao mesmo tempo em que consegue atrair por meio do trabalho voluntário, sem o correspondente poder político, econômico, financeiro e técnico.

Quanto as estratégias de intervenção, nomeadamente o desenvolvimento de políticas e programas de saúde inclusivos às comunidades migrantes, destacou-se que apesar dos obstáculos, são desenvolvidas ações tímidas conjuntas entre gestores públicos/sociedade civil, para possibilitar o acesso dos migrantes aos serviços de saúde, em regiões de maior concentração de migrantes no país ou por meio de demandas específicas, como a sensibilização sobre as diferenças culturais entre os profissionais, gestores e outros membros do sistema, combate ao racismo institucional, a inclusão das especificidades regionais na

construção das políticas, construção de informativos em diferentes idiomas, enfim estratégias que buscam nas especificidades os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, necessários para a garantia da cidadania e saúde à qualquer pessoa, sem distinção. Neste sentido, os exemplos de práticas inclusivas, têm o intuito de ofertar serviços adaptados às novas demandas da população migrante no Brasil, entrelaçando os aspectos multidimensionais da saúde de maneira conjugada e eficaz.

Independe da situação imposta ao ser migrante ao adentrar terras brasileiras, este vislumbra a esperança da segurança e da prosperidade, portanto faz-se essencial torná-lo protagonista da sua própria existência e não considerá-lo apenas como uma sombra para a sociedade e seus governantes, dirigente de uma vida consciente de suas obrigações e de seus direitos, livre de discriminação ou qualquer impedimento de acesso a cidadania plena.

Neste âmbito, perscrutar os processos migratórios é pertinente e capaz de fornecer elementos que impulsionam de maneira assertiva uma política pública de saúde sensível, inclusiva e promotora dos direitos, identificando as peculiaridades deste grupo de usuários, afim de ofertar atendimento digno e resolutivo aos migrantes e possibilitar as autoridades a percepção da oportunidade de se prepararem previamente para atender esta demanda antes que o avanço dimensional gere uma pressão adicional aos desafios já constituídos nos processos de inclusão de migrantes, que sonham, vivem e tanto contribuem para o fortalecimento da multiculturalidade para o desenvolvimento de nossas riquezas.

Importa também salientar que o caminho trilhado neste trabalho permitiu não só investigar e registrar o objeto de pesquisa, mas também indagar a própria pesquisadora, num movimento do individual ao coletivo e do coletivo ao individual. Neste momento de conclusão deste trabalho de investigação e após ter pensado nos resultados do que foi produzido, é preciso realizar outro movimento: ponderar sobre as abordagens que não foram possíveis contemplar nesta pesquisa, imposta por fatores relacionados ao tempo, a temática, o recorte ou, porque surgem como “questões pendentes”, pois emergiram como consequência do caminho percorrido, e que fazem parte do conhecimento a ser sistematizado.

Neste sentido, o texto não revela todo o processo de mudança que ocorre com o pesquisador, com o objeto de estudo e, consequentemente, com a maneira de apreendê-lo e de relacionar-se com a realidade concreta a partir da ordem material das coisas. Não há dúvida, que analisar aspectos políticos e institucionais dos fluxos migratórios quanto ao acesso às políticas públicas de saúde, permitiu, entender a emergência e a trajetória da migração quanto a universalidade do sistema de saúde no Brasil, mas também refletir acerca das questões

político/ideológicas e econômicas envolvidas, bem como os nexos que se estabelecem entre o Estado, sociedade civil e o campo da saúde.

É comum encontrar assertivas de que as críticas não são férteis, ou com rara eficácia transformadora, mas acredita-se que a crítica, possa contribuir para despertar a consciência sobre a impossibilidade de humanizar o capitalismo, e sobre a necessidade de resistir às diferentes formas de neocolonialismo e aos retrocessos políticos e/ou sociais impostos. Ademais, a crítica, possui o papel de auxiliar na construção de uma consciência coletiva para a necessária transformação futura, uma vez que, é no campo ideológico, que o indivíduo conscientiza-se dos conflitos e da realidade do seu mundo material.

Embora a análise algumas vezes adquira colorações acinzentadas, diante da leitura realista das condições objetivas e subjetivas de modificação, isto não faz-se acreditar no fim da história ou na impossibilidade das lutas; significa sim, a necessidade de tencionar as estruturas existentes. Neste sentido, a defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS, constitui-se uma importante bandeira política, capaz de construir uma sociedade que rompa com a expropriação nas relações entre os homens. Por isso para a concretização de um Sistema de Saúde com as características do SUS, é imperativo romper com a lógica que domina as questões sociais à dinâmica das relações econômicas de exploração e expropriação, que o capitalismo, amplia e aperfeiçoa a passos largos; é preciso analisar a realidade nacional na conjuntura do capitalismo mundial, compreendendo quais foram e quais são as vias adequadas de progresso e as possibilidades de transformação. Engajar-se nesta luta constitui-se um caminho para a garantia de inclusão do acesso às políticas públicas de saúde extensivas aos migrantes internacionais no Brasil.

É do mundo das migrações, do fazer políticas de saúde que nasceram as questões que nortearam esta tese, originando à pesquisa e aos resultados da mesma. Neste campo teórico e empírico temporariamente verificável, fica a cargo das investigações posteriores completar, aprofundar ou mesmo refutar o que aqui foi escrito. Assim, evidencia-se a necessidade de produzir contribuições inovadoras que se debrucem sobre aspectos empíricos, conceituais e metodológicos das investigações sobre processos migratórios internacionais contemporâneos e da saúde destes grupos, reconhecendo suas peculiaridades nos contextos históricos, sociais e geográficos em que se desenvolvem.

REFERÊNCIAS

- ACHOTEGUI, J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, Madrid, v. 5, n. 21, p. 39-52, 2004. Disponível em: <<https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>>. Acesso em: 15 set. 2017.
- AGUIAR, B. S.; NEVES, H.; LIRA, M. M. T. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. *Boletim CEInfo Análise*, São Paulo, ano 10, n. 13, 2015. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=7439>>. Acesso em: 15 set. 2017.
- AGUIAR, R. *IOC identifica casos de coinfecção por HIV-1 e HIV-2 no Brasil*. São Paulo: Instituto Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=941&sid=32>>. Acesso em: 15 set. 2017.
- ALMEIDA, G. M. R.; BAENINGER, R. Modalidades migratórias internacionais: da diversidade dos fluxos às novas exigências conceituais. In: BAENINGER, R. (Org.). *Migração internacional*. Campinas: Núcleo de Estudos de População/Unicamp, 2013. p. 23-34. (Coleção Por Dentro do Estado de São Paulo, n. 9). Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/colecaosp/VOLUME_09.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2017.
- ANDENA, E. A. *Transformações da legislação imigratória brasileira: os (des)caminhos rumo aos direitos humanos direitos humanos*. 2013. 160 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-16122013-164856/publico/Dissertacao_Emerson_Alves_Andena_RevisadaFinal2.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.
- ARENKT, H. *A promessa da política*. 2.ed. Rio de Janeiro: DIFEL, 2009.
- ARRUDA, A. M. T. Migração e refúgio: uma breve problematização sobre os direcionamentos governamentais para recepção a haitianos no Brasil e na República Dominicana. *Universitas Relações Internacionais*, Brasília, DF, v. 11, n. 1, p. 105-111, 2013. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/relacoesinternacionais/article/viewFile/2434/2073>>. Acesso em: 15 set. 2017.
- ASSOLINI, F. E. P. *Pedagogia da leitura parafrástica*. 1999. 246 f. (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999. Disponível em: <https://docs.wixstatic.com/ugd/ba16dc_58bcaa7f8b9046909cf7875bfb783a1e.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.
- BAENINGER, R. O Brasil na rota das migrações latino-americanas. In: BAENINGER, R. (Org.). *Imigração boliviana no Brasil*. Campinas: NEPO/Unicamp; FAPESP; CNPq; UNFPA, 2012. p. 9-18. Disponível em:

<<https://oestrangeirodotorg.files.wordpress.com/2012/07/imigrac3a7c3a3o-boliviana-no-brasil4.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BARRADAS, R. B. et al. Social vulnerability and health status: A household survey in the central area of a Brazilian metropolis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, p. s164-s175, 2011. Supplement 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/05.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BASSO, P. A jornada de trabalho no início do século. In: ANTUNES, R. (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III*. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 73-83.

BECKER, G. S. Investment in human capital: A theoretical analysis. *Journal of Political Economy*, Chicago, v. 70, n. 5, p. 9-49, 1962. Part 2: Investment in Human Beings.

BECKER A. P. S.; BORGES, L. M. O impacto das redes sociais no processo de migração familiar. *Ayvu: Revista de Psicologia*, Volta Redonda, v. 2, n. 1, p. 161-185, 2015. Disponível em: <<http://www.ayvu.uff.br/index.php/AYVU/article/download/54/46>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.

BENHABIB, S. *The rights of others: Aliens, residents, and citizens*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BEZERRA, G. Fugindo de crise, venezuelanos buscam emprego e vida nova no Brasil. *EBC Agência Brasil*, Brasília, DF, 18 fev. 2017. Disponível em: <<http://m.agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-02/fugindo-de-crise-venezuelanos-buscam-emprego-e-vida-nova-no-brasil>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BORDONARO, L.; PUSSETTI, C. Da utopia da migração à nostalgia dos migrantes: percursos migratórios entre Bubaque (Guiné Bissau) e Lisboa. In: RAMÓN, S.; ANTÓNIA, L. (Ed.). *Terrenos metropolitanos: ensaios sobre produção etnográfica*. Lisboa: ICS, 2006. p. 125-154. (Colecção Estudos e Investigações).

BRANDÃO, I. Fronteira entre Brasil e Venezuela, no Norte de Roraima, está fechada com cones na manhã desta segunda-feira. 1 fotografia, colorida. In: BRANDÃO, I.; COSTA, E. Roraima manda comitiva buscar brasileiros retidos na Venezuela. *G1 RR*, Boa Vista, 19 dez. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2016/12/oraima-manda-comitiva-buscar-brasileiros-retidos-na-venezuela.html>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 maio 2017a. Não paginado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/lei/L13445.htm>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL. Defensoria Pública da União. *DPU garante isenção de taxa de residência a*

imigrantes venezuelanos no Brasil. Brasília, DF, 2 ago. 2017b. Disponível em: <<http://dpu.def.br/noticias-roraima/38517-dpu-garante-isencao-de-taxa-de-residencia-a-imigrantes-venezuelanos-no-brasil>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Migrantes, apátridas e refugiados: subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil.* Brasília, DF: IPEA, 2015. (Série Pensando o Direito, n. 57). Disponível em: <http://pensando.mj.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PoD_57_Liliana_web3.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Portaria n. 125, de 21 de março de 2014. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 56, p. 45, 24 mar. 2014. Não paginado. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=45&data=24/03/2014&captchafield=firistAccess>>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV.* Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Senado Federal. *Direitos humanos: atos internacionais e normas correlatas.* 4. ed. Brasília, DF: Senado Federal/Coordenação de Edições Técnicas, 2013c. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508144/000992124.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado n. 288, de 2013. Institui a Lei de Migração e regula entrada e estada de estrangeiros no Brasil. *Diário do Senado Federal*, Brasília, DF, 12 jul. 2013d. Não paginado. Disponível em: <<http://www.senado.leg.br/atividade/rotinas/materia/getPDF.asp?t=132518&tp=1>>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL. Secretaria Nacional de Justiça. Portaria n. 455, de 19 de dezembro de 2013. Criação do Comitê de Acompanhamento pela Sociedade Civil sobre ações de Migração e Refúgio (CASC-Migrante) da Secretaria Nacional de Justiça. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 247, p. 40, 20 dez. 2013e. Não paginado. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=40&data=20/12/2013>>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL. Senado Federal. (Constituição 1988). *Proposta de Emenda à Constituição n. 25, de 2012.* Altera os arts. 5º, 12 e 14 da Constituição Federal para estender aos estrangeiros direitos inerentes aos brasileiros e conferir aos estrangeiros com residência permanente no

País capacidade eleitoral ativa e passiva nas eleições municipais. Autor: Senador Aloysio Nunes Ferreira e outro. Brasília, DF, 15 fev. 2012. Não paginado. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/108198.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2 maio 2011. Não paginado. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Autorização de trabalho a profissionais estrangeiros no Brasil*: legislação base. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z*: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília, DF, 2007. v. 9. (Coleção Progestores). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Lei Maria da Penha. Lei N.º 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República. Brasília, DF:2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 mar. 2006a. Não paginado. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF: 2006b. v. 1. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.120, de 6 de julho de 2005. Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 jul. 2005a. Não paginado. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120_06_07_2005.html>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras*: SIS Fronteiras e a Integração em Busca da Equidade. Brasília, DF: Secretaria Executiva, Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma

Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 27 ago. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996a. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 nov. 1996b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 27 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 592, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 jul. 1992. Não paginado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 1.813, de 21 de outubro de 1991. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, DF, ano 46, n. 142, 22 out. 1991. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17245>>. Acesso em: 8 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Não paginado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Não paginado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 out. 1988. Não paginado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 ago. 1980. Retificado 22 ago. 1980. Republicado 22 ago. 1981. Não paginado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6815.htm>. Acesso em: 8 set. 2017.

BOLETIM CEINFO – SAÚDE EM DADOS. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, ano 14, n. 14, jun. 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2015.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRAUDEL, F. *A dinâmica do capitalismo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

BRITO, F. Ensaio sobre as migrações internacionais no desenvolvimento do capitalismo. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 12, n. 1-2, p. 21-34, 1995. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/download/453/pdf_428>. Acesso em: 15 set. 2017.

CALEGARI, M. Gênero e migração de crise no Brasil: reflexões iniciais. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. *Anais...* Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2017. p. 0-8. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT5_Marilia%20Calegari.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

CALIXTO, F. M. et al. Pró-Saúde: uma resposta para a necessidade de informações de mães imigrantes na região central da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 223-227, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/10.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

CÂMARA, A. R. T. *Fluxos migratórios para o Brasil no início do século XXI: respostas institucionais brasileiras*. 112 f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18422/1/2014_AtilaRabeloTavaresdaCamara.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 338-339, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500338&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S0050003>.

CARBALLO, M. The challenge of migration and health. *World Hospitals and Health Services: The Official Journal of the International Hospital Federation*, London, v. 42, n. 4, p. 18-19, 2006.

CARDOSO, A. C. M. Organização e intensificação do tempo de trabalho. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 28, n. 2, p. 351-374, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v28n2/v28n2a09.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

CARLEIAL, L. M. F. Subdesenvolvimento e mercado de trabalho no Brasil. In: SOUSA, F. J. P.; NOISEUX, Y. (Org.). *Trabalho, desenvolvimento e pobreza no mundo globalizado: abordagens teórico-empíricas e comparações Brasil-Canadá*. Fortaleza: Edições UFC, 2016. p. 107-146.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 177-181, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n2/v13n2a11.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

CARNEIRO, M. L. T. *O veneno da serpente*: reflexões sobre o anti-semitismo no Brasil. São Paulo: Perspectiva, 2003.

CARVALHO, R. Que moeda levar. 1 fotografia, colorida. In: CARVALHO, R. *Compras na Bolívia*: Dicas de Puerto Quijarro, perto de Corumbá. *Esse Mundo É Nosso*, 24 abr. 2017. Blog. Disponível em: <<https://www.essemundoenosso.com.br/quem-somos/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

CASTAÑEDA, H. Im/migration and health: Conceptual, methodological, and theoretical propositions for applied anthropology. *NAPA Bulletin*, Washington, DC, v. 34, n. 1, p. 6-27, 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1556-4797.2010.01049.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_site_license=LICENSE_DENIED>. Acesso em: 30 ago. 2017.

CHELIUS, L. C. O que há por trás do direito ao voto dos emigrantes internacionais? Teoria, história e cidadania demandante. *Contexto Internacional*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 231-250, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cint/v33n1/v33n1a10.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

CERVO, A. L. *Inserção internacional*: formação dos conceitos brasileiros. São Paulo: Saraiva, 2008.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*, Braga, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37416210#>>. Acesso em: 30 set. 2017.

CLARO, C. A. B. As migrações internacionais no Brasil sob uma perspectiva jurídica: análise da legislação brasileira sobre estrangeiros entre os séculos XIX e XXI. *Cadernos OBMigra*, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 118-210, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/download/13116/9211>. Acesso em: 15 set. 2017.

COLLIER, P. *Exodus*: How migration is changing our world. Oxford, England: Oxford University Press, 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL SOBRE MIGRAÇÕES E REFÚGIO, 1. ed. 2014, São Paulo. *Caderno de propostas*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.participa.br/articles/public/0007/3665/2014-05-22_COMIGRAR_Caderno_de_Proposta_Envio.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.

CORDE, M. L. O direito de voto dos estrangeiros no Brasil: um olhar antropológico sobre os

debates relativos ao PEC 25/20121. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 30. 2016, João Pessoa. *Anais...* João Pessoa: ABANT/UFP, 2016. p. 1-17. Disponível em: <<http://www.30rba.abant.org.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNToiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUlFVSZPIjtzOjQ6IjMwNDciO30iO3M6MToiaCI7czozMjoiOGE5ZmQzZDE4ZjE4NWY0YmYwZDBhMDk4ZjM2OWM1ZTQiO30%3D>>. Acesso em: 15 set. 2017.

CORUMBA_0.JPG. 2015. Altura: 288 pixels. Largura: 500 pixels. 100 dpi. Formato JPG. Disponível em: <http://www.midiamax.com.br/sites/default/files/arquivos/noticias/2015/mai/corumba_0.jpg>. Acesso em: 15 set. 2017.

COSTA, M. M. M.; REUSCH, P. T. Migrações internacionais (soberania, direitos humanos e cidadania). *Revista Internacional de História, Política e Cultura Jurídica*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 275-292, 2016. Disponível em: <<http://www.historia.uff.br/revistapassagens/artigos/v8n2a42016.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

COSTA, E. Em 7 meses, n. de pedidos de refúgio de venezuelanos cresce 110% em RR. 1 fotografia, colorida. In: COSTA, E.; FÉLIX, J. Em 7 meses, nº de pedidos de refúgio de venezuelanos cresce 110% em RR. *G1 RR*, Boa Vista, 18 jul. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2016/07/em-7-meses-n-de-pedidos-de-refugio-de-venezuelanos-cresce-110-em-rr.html>>. Acesso em: 15 set. 2017.

COUTINHO, M. P. L.; RODRIGUES, I. F.; RAMOS, N. Transtornos mentais comuns no contexto migratório internacional. *Psico*, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 400-407, 2012. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3143/1/IF,%20MPC,%20NR.pdf%20Transtornos%20Mentais%20Comuns%20no.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

CRAVIOTO, A. et al. Report of the independent panel of experts on the cholera outbreak in Haiti. [S.l.]: [S.n.], [2011]. Disponível em: <<http://www.un.org/News/dh/infocus/haiti/UN-cholera-report-final.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

CUSTÓDIO, M. A. C. *Artes de fazer uma congregação católica*: uma leitura da formação e trajetória das filhas da Imaculada Conceição (1880-1909). 2011. 275 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-01122011-144200/publico/MARIA_APARECIDA_CORREA_CUSTODIO_Versaofinal.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a23.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

DEKASSEGUIL. In: WIKIPÉDIA. *A biblioteca livre*. [S.l.], 2017. Não paginado. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Decass%C3%A9gui>>. Acesso em: 15 set. 2017.

DELFIN, R. B. *Direito ao voto ainda é sonho distante para imigrantes que vivem no Brasil*. São Paulo: MigraMundo, 2016. Não paginado. Disponível em: <<http://migramundo.com/direito-ao-voto-ainda-e-sonho-distante-para-imigrantes-que-vivem->

no-brasil/>. Acesso em: 15 set. 2017.

DIAS, S.; GONÇALVES, A. Migração e saúde. *Migrações*, Lisboa, n. 1, p. 15-26, 2007. Disponível em:

<http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1_completo.pdf/f28ef636-39d0-48fa-9697-00b795fc8c7f>. Acesso em: 15 set. 2017.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

DUTRA, C. F. *Além do Haiti*: uma análise da imigração haitiana para o Brasil. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

DUTRA, D. Mulheres, migrantes, trabalhadoras: a segregação no mercado de trabalho. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, DF, v. 21, n. 40, p. 177-193, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/11.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*: segundo as observações do autor e fontes autênticas. São Paulo: Boitempo, 2010. Título original alemão *Die Lage der Arbeitenden Klasse in England* (1845).

FALEIROS, S. M. *Universalidade e políticas públicas*: a experiência dos imigrantes no acesso à saúde. 2012. 163 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:
<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9543/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Sarah_faleiros_vf.pdf?sequence=1>. Acesso em: 2 set. 2017.

FARENA, M. N. F. C. *Direitos humanos dos migrantes*: ordem jurídica internacional e brasileira. Curitiba: Juruá, 2012.

FARIA, M. R. *Migrações internacionais no plano multilateral*: reflexões para a política externa brasileira. Brasília, DF: FUNAG, 2015. Disponível em:
<http://funag.gov.br/loja/download/1130-Migracoes_internacionais_no_plano_multilateral_23_10_2015.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

FALICOV, C. J. Working with transnational immigrants: Expanding meanings of family, community, and culture. *Family Process*, New York, v. 46, n. 2, p. 157-172, 2007. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/profile/Celia_Falicov/publication/279187482_Working_with_transnational_migrants_Expanding_the_meanings_of_family_community_and_culture/links/00b49525dba0622b02000000/Working-with-transnational-migrants-Expanding-the-meanings-of-family-community-and-culture.pdf?origin=publication_detail>. Acesso em: 15 set. 2017.

FAZITO, D. Análise de redes sociais dos sistemas de migração: dois aspectos fundamentais do “retorno”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 89-176, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v25n72/v25n72a07.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

FAZITO, D.; SOARES, W. Capital social, análise de redes e os mecanismos intermediários do sistema migratório Brasil/EUA. *Geografias*, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 27-41, 2010. Disponível em:
<http://www.igc.ufmg.br/portaldeperiodicos/index.php/geografias/article/download/499/370>. Acesso em: 15 set. 2017.

FERNANDES, D.; CASTRO, M. C. G. *Projeto “Estudos sobre a Migração Haitiana ao Brasil e Diálogo Bilateral”*. Belo Horizonte: MTE/OIM/PUC-Minas, 2014. Disponível em: http://obs.org.br/cooperacao/download/34_7a099729afe2d4aaf109503e6daf3908. Acesso em: 12 out. 2017.

FERNANDES, D. O Brasil e a migração internacional no século XXI – notas introdutórias. In: PRADO, E. J. P.; COELHO, R. (Org.). *Migrações e trabalho*. Brasília, DF: Ministério Público do Trabalho, 2015. p. 19-39. Disponível em:
https://portal.mpt.mp.br/wps/wcm/connect/portal_mpt/2744ae77-4584-4d92-b91d-185adc09ba87/Livro_Migracoes_e_TrabalhoWEB.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=ur&CACHEID=2744ae77-4584-4d92-b91d-185adc09ba87. Acesso em: 15 set. 2017.

FERREIRA, C. M. P. G.; MARIANI, M. A. P.; OLIVEIRA NETO, A. F. O Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras em Corumbá-MS, Brasil. *GeoPantanal*, Corumbá, v. 10, n. 18, p. 71-92, 2015. Disponível em:
<http://seer.ufms.br/index.php/revgeo/article/download/794/889>. Acesso em: 15 set. 2017.

FLORES, J. H. Direitos humanos, interculturalidade e racionalidade de resistência. *Seqüência*, Florianópolis, v. 23, n. 44, p. 9-30, 2002. Disponível em:
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/download/15330/13921>. Acesso em: 15 set. 2017.

FONSECA, M. L. et al. *Reunificação familiar e imigração em Portugal*. Porto: ACIME, 2005. (Observatório da Imigração, n. 15. Disponível em: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/index.cfm?action=media.download&uuid=2A57CB09-E4A2-2780-9F8FCC759B2AA5E6>). Acesso em: 15 set. 2017.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz & Terra, 2006.

FREITAS, P. T. Família e inserção laboral de jovens migrantes na indústria de confecção. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, DF, v. 22, n. 42, p. 231-246, 2014. Disponível em: [Família e inserção laboral de jovens migrantes na indústria de confecção](http://remhu.uol.com.br/index.php/REMHU/article/view/13921). Acesso em: 15 set. 2017.

G1. *Trump assina nova ordem migratória e veta entrada de migrantes de 6 países*. Rio de Janeiro, 15 mar. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/trump-assina-nova-ordem-migratoria-e-veta-entrada-de-migrantes-de-6-paises.ghtml>. Acesso em: 15 set. 2017.

GALINDO, G. R. B. Introdução: entre espaços e seres humanos. In: GALINDO, G. R. B. (Org.). *Migrações, deslocamentos e direitos humanos*. Brasília, DF: IBDC; Grupo de Pesquisa C&DI, 2015. p. 6-8. E-book. Disponível em:
[https://ppgidh.ndh.ufg.br/up/788/o/Migracoes_deslocamentos_e_direitos_humanos_\(E-book\).pdf](https://ppgidh.ndh.ufg.br/up/788/o/Migracoes_deslocamentos_e_direitos_humanos_(E-book).pdf). Acesso em: 15 set. 2017.

GERALDO, E. O combate contra os “quistos étnicos”: identidade, assimilação e política imigratória no Estado Novo. *Revista de História*, Juiz de Fora, v. 15, n. 1, p. 171-187, 2009. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/locus/files/2010/02/337.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.

GLOBAL MIGRATION GROUP. *International migration and human rights: Challenges and opportunities on the threshold of the 60th anniversary of the Universal Declaration of Human Rights*. Tokyo, 2008. Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/int_migration_human_rights.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

GODINHO, M. et al. Existence of probable psychological distress in African and Brazilian immigrants in Portugal. In: CONFERÊNCIA EUROPEIA DE SAÚDE PÚBLICA – EUPHA’, 16., 2008, Lisboa. *Poster...* Lisboa: ASPHER/SESPA/APDH, 2008. Disponível em: <http://uepid.wdfiles.com/local--files/proyectos-de-investigacao/EUPHA_psychological%20distress.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2011.

GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in Bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: A comparative inquiry. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 283-297, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/en_v22n2a03.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

GOLDBERG, A. Salud e interculturalidad: aportes de la antropología médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. In: GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (Ed.) *Buenos Aires boliviana*. Buenos Aires: Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Buenos Aires, 2009a. v. 1. p. 233-246.

GOLDBERG, A. Factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz, 2009b. *Revista Argentina de Salud Pública*, Buenos Aires, v. 1, n. 5, p. 13-21, 2010a. Disponível em: <<http://rasp.msal.gov.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-I-V.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

GOLDBERG, A. Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia del Chagas y la tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires, respectivamente. *Eä – Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, Buenos Aires, v. 1, n. 3, p. 1-18, 2010. Disponível em: <<http://www.eajournal.com/art1.3/Abordaje-antropológico-comparativo-chagas-tuberculosis.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. *Common mental disorders: A bio-social model*. London: Routledge, 1992.

GOMES, G. G.; PEREIRA, M. M. Imigração boliviana no Brasil: uma análise dos aspectos sociais e econômicos acerca da exploração da mão-de-obra boliviana no estado de São Paulo. *Florestan*, São Carlos, ano 2, n. 4, p. 86-99, 2016. Disponível em: <http://www.revistaflorestan.ufscar.br/index.php/Florestan/article/download/138/pdf_68>. Acesso em: 15 set. 2017.

GÓMEZ, J. M. *Política e democracia em tempos de globalização*. Petrópolis: Vozes; Buenos Aires: CLACSO; Rio de Janeiro: LPP, 2000.

GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C.; FONSECA, R.M.G.S. A Violência de Gênero e o Processo Saúde-Doença das Mulheres. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* Rio de Janeiro, n. 13 p. 625-631, 2009.

GUERRA, S. *Direitos humanos e cidadania*. São Paulo: Atlas, 2012.

GUIGOU, L. N. Acerca de fronteras, nominaciones y efectos teóricos. In: BASINI RODRIGUEZ, J. E. et al. (Org.). *Fronteiras, diálogos e intervenção social no contexto Pan-Amazônico*. Manaus: EDUA, 2012. p. 75-85.

HAMMES, J. M; PELLEGRINI, G. K. F. Reflexos da participação política na cidadania. In: GORCZEVSKI, C. (Org.) *Direitos Humanos e participação política*. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2010. v. 1. p. 309-324.

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME. *Les droits des non-ressortissants*. Genève: Nations Unies, 2006. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/noncitizensfr.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HIRSCHMAN, C. Immigration and American century. *Demography*, Washington, v. 42, n. 4, p. 595-620, 2005. Disponível em: <http://people.oregonstate.edu/~hammerr/soc360/readings/Immigration_and_the_American_Century.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

HOFER, E. Cholera in Brazil: Analysis of some bacteriologic clinical and epidemiologic characteristics. In: CASTRO, A. F. P.; ALMEIDA, W. F. (Ed.). *Cholera on the American Continents*. Washington: International Life Sciences Institute Press, 1993. p. 167-170.

HUIJTS, T.; KRAAYKAMP, G. Immigrants' health in Europe: A cross-classified multilevel approach to examine origin country, destination country, and community effects. *International Migration Review*, New York, v. 46, n. 1, p. 101-137, 2012.

IANNI, O. Dialética das relações raciais. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 21-30, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n50/a03v1850.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

INFORMA. *São Paulo, 360 anos da maior cidade do Brasil – 1554 a 2014 (parte 1)*. São Paulo, [2017a?]. Blog. Disponível em: <<http://www.bloginforma.com.br/sao-paulo-360-anos-da-maior-cidade/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

INFORMA. *São Paulo, 360 anos da maior cidade do Brasil – 1554 a 2014 (parte 2)*. São Paulo, [2017b?]. Blog. Disponível em: <<http://www.bloginforma.com.br/sao-paulo-360-anos-maior-cidade/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

INSTITUTO ADUS, 2015. <http://www.adus.org.br/wp-content/uploads/2016/06/002-Cap2-Fluxosmigrat%C3%B3rios-no-Brasil-evolu%C3%A7%C3%A3o-recente-e-desafios.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2016*. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97868.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. *Mediterranean migrant arrivals reach 31,993, deaths: 664*. Geneva, 4 Nov. 2017a. Disponível em: <<https://www.iom.int/es/news/se-contabilizan-31993-llegadas-y-664-muertes-en-el-mediterraneo>>. Acesso em: 15 set. 2017.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. Issue information. *International Migration*, Geneva, v. 53, n. 3, p. i-ii, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/imig.12187/epdf>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. Haitian migration to Brazil: Characteristics, opportunities and challenges. Buenos Aires: IOM/Regional Office for South America. 2014. (Migration Notebook, n. 6). Disponível em: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/cuaderno_migratorio_no6_en.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. *International migration, health and human rights*. Geneva, 2013. Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017.

JENSON, D. et al. Cholera in Haiti and other Caribbean regions, 19th Century. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, GA, v. 17, n. 11, p. 2.130-2.135, 2011. Disponível em: <<https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/17/11/pdfs/11-0958.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

JUBILUT, L. L.; MADUREIRA, A. L. Os desafios de proteção aos refugiados e migrantes forçados no marco de Cartagena + 30. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, DF, v. 22, n. 43, p. 11-33, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/remhu/v22n43/v22n43a02.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

LANZARDO, D. Marx e a enquete operária. In: THIOLLENT, M. (Org.). *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 3. ed. São Paulo: Polis, 1982. p. 233-246. (Série Teoria e História, n. 6).

LAURELL, A. C. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 853-871, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0853.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

LECHENER, E. Imigração e saúde mental. *Migrações*, Lisboa, n. 1, p. 79-105, 2007. Disponível em: <http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1_completo.pdf/f28ef636-39d0-48fa-9697-00b795fc8c7f>. Acesso em: 15 set. 2017.

LÊNIN, V. I. *Obras escolhidas de Lênini*. Lisboa: Edições Avante!, 1984. v. 2.

LOBATO, L. V. C. *Políticas sociais e de saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/4Pol%C3%ADticas-Sociais-e-de-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

LOPES, C. M. S. Migrações, mundo do trabalho e atuação do Ministério Público do

- Trabalho. In: PRADO, E. J. P.; COELHO, R. (Org.). *Migrações e trabalho*. Brasília, DF: Ministério Público do Trabalho, 2015. p. 223- 232. Disponível em: <https://portal.mpt.mp.br/wps/wcm/connect/portal_mpt/2744ae77-4584-4d92-b91d-185adc09ba87/Livro_Migracoes_e_TrabalhoWEB.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=ur&CACHEID=2744ae77-4584-4d92-b91d-185adc09ba87>. Acesso em: 15 set. 2017.
- LOPES, C. M. S. *Direito de imigração*: o estatuto do estrangeiro em uma perspectiva de direitos humanos. Porto Alegre: N. Fabris, 2009.
- LOPES, L. C. Gravidez em contexto de soropositividade num grupo de migrantes da região de Lisboa. In: RAMOS, N. (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB, 2008. p. 311-347.
- LUKÁCS, G. *Para uma ontologia do ser social II*. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MACHADO, M. C. et al. *Maternal and child healthcare for immigrant populations*. Brussels: IOM, 2009. Background paper. Disponível em: <[http://www.migrant-health-europe.org/files/Maternal%20and%20Child%20Care_Background%20Paper\(1\).pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/Maternal%20and%20Child%20Care_Background%20Paper(1).pdf)>. Acesso em: 15 set. 2017.
- MACHADO, M. C. et al. *Iguais ou diferentes?*: cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes. Lisboa: Bial, 2006. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjbs4vosrTWAhUCgZAKHVBrALKQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.bial.com%2Fdownload.php%3Ff%3D134%26key%3D9a048ad7abd47ed404ca68d243f98ac9&usg=AFQjCNHvFfFX76Q2vyyXbqcwepeEQMZkWg>>. Acesso em: 15 set. 2017.
- MADI, M. C.; CASSANTI, A. C.; SILVEIRA, C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 67-71, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/11.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.
- MANUEL, H. I. B. Mulheres timorenses em Portugal: representações e práticas sobre planeamento familiar. In: RAMOS, N. (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2008. 261-310.
- MARINUCCI, R. Criminalização das migrações e dos migrantes. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, DF, v. 23, n. 45, p. 7-10, 2015. Editorial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/remhu/v23n45/1980-8585-REMHU-23-45-007.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.
- MARINUCCI, R. *Migrações internacionais intra-regionais na América Latina e no Caribe*. Brasília, DF: CSEM, 2013. Disponível em: <http://www.csem.org.br/pdfs/migracoes_em_america_latina_e_caribe_roberto_marinucci.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.
- MARTES, A. C. B. *New immigrants, new land: A study of Brazilians in Massachusetts*. Gainesville: University Press of Florida, 2011.
- MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-364, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a08.pdf>>. Acesso

em: 22 out. 2015.

MARTES, A. C. B.; SPRANDEL, M. A. *Mercosul e as migrações*: os movimentos nas fronteiras e a construção de políticas públicas nacionais de imigração. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2008.

MARTINE, G. Globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 3-22, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v19n3/v19n3a01.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

MARTINEZ, V. N. *Equidade em saúde*: o caso da tuberculose na comunidade de bolivianos no município de São Paulo. 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo: 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-09112010-094528/publico/Equidade.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

MARTINS-BORGES, L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, DF, v. 21, n. 40, p. 151-162, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/09.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2017.

MARX, K. Livro I – o processo de produção do capital. In: MARX, K. *O capital*: crítica da economia política. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2014. v. 1.

MARX, K. *Sobre a questão judaica*. Tradução Nélia Schneider. São Paulo: Boitempo, 2010. Título original alemão *Zur Judenfrage* (1844).

MARX, K. *Para a questão judaica*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, K. *Contribuição à crítica da economia política*. Tradução Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: M. Fontes, 2008. Título original alemão *Zur Kritik der Politischen Ökonomie* (1859).

MARX, K. Livro I – o processo de produção do capital. In: MARX, K. *O capital*: crítica da economia política. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Nova Cultural, 1996. v. 2.

MARX, K. *Para a crítica da economia política*: salário, preço e lucro; o rendimento suas fontes: economia vulgar. Tradução Edgard Malagodi et al. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Coleção Os Economistas). Título original alemão *Zur Kritik der Politischen Oekonomie: Value, Price and Profit; Revenue and its Sources – Die Vulgaeroekonomie* (1865).

MARX, K., ENGELS, F. *A ideologia alemã*: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas. São Paulo: Boitempo, 2007. Título original alemão *Die Deutsche Ideologie* (1845-1846).

MAZZA, D. O direito humano à mobilidade: dois textos e dois contextos. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, DF, v. 23, n. 44, p. 237-257, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/remhu/v23n44/1980-8585-REMHU-23-44-237.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2017.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONCALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa

e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2.135-2.145, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2135.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

MELO, R.; CAMPINAS, L. L. S. L. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 25-35, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/03_original_multiculturalidade.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MELROSE, W. D. Lymphatic filariasis: NEW insights into an old disease. *International Journal of Parasitology*, Oxford, NY, v. 32, n. 8, p. 947-960, 2002.

MENDES, E. C.; VASCONCELOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00881.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

MENDONÇA, L. M. S. *Imigração e trabalho: luta por reconhecimento dos imigrantes no Brasil*. Análise da participação social dos imigrantes na 1ª Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes de São Paulo. 2014. 248 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Brasília, Brasília: 2014.

MENEZES, L. M. Movimentos e políticas migratórias em perspectiva histórica: um balanço do século XX. In: CASTRO, M. G. (Coord.). *Migrações internacionais: contribuições para políticas*. Brasília, DF: CNPD, 2001. p. 123-124.

METZGER, J.-L.; MAUGERI, S.; BENEDETTO-MEYER, M. Predomínio da gestão e violência simbólica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 225-242, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsc/v37n126/a05v37n126.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

MILESI, R. *Haitianos no Brasil*: dados estatísticos, informações e uma recomendação. Brasília-DF: Instituto Migrações e Direitos Humanos, 2016. Não paginado. Disponível em: <http://www.migrante.org.br/images/Haitianos_dados%20PF_CNIg%20-%20Recomendao%20de%20Registro%201.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: os desafios da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-29.

MINCATO, R. Política pública e sociais: uma abordagem crítica e processual. In: OLIVEIRA, M.; BERGUE, S. T. (Org.). *Políticas públicas: definições, interlocuções e experiências*. Caxias do Sul: Ed. UCS, 2012. p. 81-97. eBook. Disponível em: <https://www.ufsc.br/site/midia/arquivos/POLITICAS_PUBLICAS_EDUCS_EBOOK_2.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017.

MOCHILEIRO DESCOBRINDO O BRASIL. Fronteira entre as cidades de Ponta Porã, Mato Grosso do Sul, Brasil e Pedro Juan Caballero, Paraguai. 1 fotografia, colorida. In: MOCHILEIRO DESCOBRINDO O BRASIL. *Estado do Mato Grosso do Sul – turismo e cultura no Brasil*. Blog. Disponível em: <<http://mochileiro.tur.br/ponta-pora.htm>>. Acesso em: 15 set. 2017.

MOMO, G. A. C.; BÓGUS, L. M. M. Fluxos migratórios qualificados da Europa para o Brasil: quem são os novos imigrantes. *Ponto-e-Vírgula*, São Paulo, n. 15, p. 58-73, 2014. Disponível em:
<https://revistas.pucsp.br/index.php/pontoevirgula/article/download/22561/16367>. Acesso em: 15 set. 2017.

MORAES, A. C. R. *Meio ambiente e ciências humanas*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORAES, I. A.; ANDRADE, C. A. A.; MATOS, B. R. B. A imigração haitiana para o Brasil: causas e desafios. *Conjuntura Austral*, Porto Alegre, v. 40, n. 20, p. 95-114, 2013. Disponível em:
<http://seer.ufrgs.br/index.php/ConjunturaAustral/article/download/35798/27329>. Acesso em: 12 set. 2017.

MOSES, J. W. *International migration: globalization's last frontier*. Nova York: Zed Books, 2006. (Series Global Issues).

NASCIMENTO, D. B.; PORTELLA, É. A. Participação política dos migrantes no Brasil: uma abordagem sob a ótica dos direitos humanos. In: COSTA, M. M. M.; LEAL, M. C. H. (Org.). *Políticas públicas e demandas sociais: Diálogos Contemporâneos II*. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2016a. p. 250-270. eBook. Disponível em:
[http://www.eventize.com.br/new/upload/001269/files/2016%20-20Politicas%20Publicas%20e%20Demandas%20Sociais%20II%20-20Sem%20Nac%202016\(2\).pdf](http://www.eventize.com.br/new/upload/001269/files/2016%20-20Politicas%20Publicas%20e%20Demandas%20Sociais%20II%20-20Sem%20Nac%202016(2).pdf). Acesso em: 15 set. 2017.

NASCIMENTO, D. B.; PORTELLA, É. A. Direitos Políticos dos Imigrantes no Brasil: desafios e perspectivas. In: SEMINÁRIO NACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 12.; MOSTRA NACIONAL DE TRABALHADORES CIENTÍFICO, 2., 2016, Santa Cruz do Sul. *Anais...* Santa Cruz do Sul: Ed. UNISC, 2016b. p. 1-16. Disponível em:
<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/download/14566/3349>. Acesso em: 15 set. 2017.

NETO, F. *Estudos de psicologia intercultural: nós e os outros*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

NETTO, J. P. *Introdução ao estudo do método em Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, J. P. *O que é marxismo*. Brasília, DF: Brasiliense, 1994. Disponível em:
<http://www.foiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Neto,%20Jose%20Paulo/O%20que%20e%20marxismo.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. A implementação do SIS Fronteiras: perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, v. 13, n. 2, p. 245-260, 2015. Disponível em:
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ssss/article/download/8634903/2801>. Acesso em: 15 set. 2017.

NOLL, G. Why human rights fail to protect undocumented migrants. *European Journal of Migration and Law*, v. 12, n. 2, p. 241-272, 2010.

NUNES, J. W.; OLIVEIRA, S. D. Evidências da construção da figura do imigrante qualificado no Brasil: uma leitura a partir da Lei n. 6.815/80. In: VASCONCELOS, A. M. N.; BOTEGA, T. (Org.). *Política migratória e o paradoxo da globalização*. Porto Alegre: EDIPUCRS; Brasília, DF: CSEM, 2015. p. 33-52. (Série Migrações, n. 19). eBooks. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Pdf/978-85-397-0739-3.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS. *Autorizações de trabalho concedidas a estrangeiros: relatório 1º trimestre 2017 (jan.-mar.)*. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://obmigra.mte.gov.br/index.php/relatorios-cgig-e-cnig/item/download/74_43730f691e953284f28b7bb699d51bd9>. Acesso em: 15 set. 2017.

OIM: BRASIL é um dos 5 países que garantem saúde a imigrantes irregulares. *Veja*, São Paulo, 13 dez. 2011. Não paginado. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/mundo/oim-brasil-e-um-dos-5-paises-que-garantem-saude-a-imigrantes-irregulares/>>. Acesso em: 152 set. 2017.

OLIVEIRA, A. T. R. Migrações internacionais e políticas migratórias no Brasil. *Cadernos OBMigra*, Brasília, DF, v. 1, n. 3, p. 252-278, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/download/16174/11521>. Acesso em: 15 set. 2017.

OLIVEIRA, M. O tema da imigração na Sociologia clássica. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 73-100, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v57n1/03.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

OLIVEIRA, A. C.; HADDAD, S. Organizações da sociedade civil e as ONGs de educação. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 112, p. 61-83, mar. 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Migração entre países latino-americanos deve continuar subindo, diz OIM*. Brasília, DF: ONU-Brasil, 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/migracao-entre-paises-latino-americanos-deve-continuar-subindo-diz-oim/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Trabalhadoras e trabalhadores migrantes: alcançar a igualdade de direitos e de oportunidades*. Genebra: BIT, 2008. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portuguese/region/eurpro/lisbon/pdf/gender_december.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. *Perfil migratório do Brasil 2009*. Genebra, 2010. Disponível em: <http://publications.iom.int/system/files/pdf/brazil_profile2009.pdf>. Acesso em: 8 set. 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud, 1997. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6207/La-cooperacion_doc040.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 set. 2017.

PADILLA, B. *Health against poverty in Europe: Focus on child, women and older retired migrants from Third National Countries*. Amadora, PT: Municipality of Amadora, 2011.

Third Transnational Workshop Report: Healthy & Wealthy Together: developing common European modules on migrants health and poverty. Disponível em: <http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/extra/projetoscofinanciados/hw/pdf/ter_workshop_trans_eng.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

PADILLA, B.; HERNÁNDEZ-PLAZA, S.; ORTIZ, A. Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política. *Forum Sociológico*, Lisboa, n. 22, p. 33-41, 2012. Disponível em: <<https://sociologico.revues.org/pdf/550>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

PAIM, H. H. F. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 31-48.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt>. Acesso em: 15 set. 2017.

PALERMO, G.; OLIVEIRA, A. T.; LOPES, J. Conceitos e notas metodológicas – CGI/CNIg, RAIS, Censo Demográfico (IBGE). *Cadernos OBMigra*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 9-34, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/download/14893/10659>. Acesso em: 12 set. 2017.

PATARRA, N. L. Governabilidade das migrações internacionais e direitos humanos: o Brasil como país de emigração. In: BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. *Brasileiros no Mundo: I Conferência sobre as Comunidades Brasileiras no Exterior*. Brasília, DF: MRE, 2009, p. 187-211. Disponível em: <http://funag.gov.br/loja/download/573-I_Conferencia_sobre_as_Comunidades_Brasileiras_no_Exterior.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

PATARRA, N. L. Migrações internacionais: teorias, políticas e movimentos sociais. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 7-24, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v20n57/a02v2057.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

PATARRA, N. L.; BAENINGER, R.; SPRANDEL, M. Migrações internacionais contemporâneas: estado, gestão e direitos humanos. In: TURRA, C. M.; CUNHA, J. M. P. (Org.). *População e desenvolvimento em debate: contribuições da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Belo Horizonte: ABEP, 2015. p. 84-101. (Coleção Demografia em Debate, v. 4). e-Book. Disponível em: <www.abep.org.br/publicacoes/index.php/ebook/article/download/31/29>. Acesso em: 15 set. 2017.

PATARRA, N. L.; FERNANDES, D. Brasil: país de imigração? *Revista Internacional em Língua Portuguesa*, n. 24, p. 65-96, 2011. 3ª Série. Disponível em: <http://aulp.org/sites/default/files/Anexos/livro_migracoes.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, p. S237-S250, 2007. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/12.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

PENA, R. F. A. Território brasileiro: localização, extensão e fronteiras. *Brasil Escola*, Goiânia, 2017. Não paginado. Disponível em: <<http://brasilescola.uol.com.br/brasil/territorio-brasileiro-localizacao-extensao-fronteiras.htm>>. Acesso em: 15 set. 2017.

PEREIRA, A.; FONSECA, M. C. V. Além de números e estatísticas: o fenômeno migratório sob uma perspectiva ética. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar*, Cajazeiras, v. 2, n. 1, 79-90, 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufcg.edu.br/cfp/index.php/pesquisainterdisciplinar/article/download/133/115>>. Acesso em: 15 set. 2017.

PEREIRA, L. O trabalho em causa na “epidemia depressiva”. *Tempo Social*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 67-95, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a04.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

PERNA, P. O.; CHAVES, M. M. N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção prática da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do ‘coletivo’ para a ação da enfermagem. *Trabalho Necessário*, Niterói, ano 6, n. 6, 2008. Não paginado. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

PIARROUX, R. et al. Understanding the Cholera epidemic, Haiti. *Emerging Infection Diseases*, Atlanta, GA, v. 17, n. 7, p. 1.161-1.168, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381400/pdf/11-0059_finalS.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 162-176, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbs0/v36n123/a17v36n123.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

PIOVESAN, F. Migrantes sob a perspectiva dos direitos humanos. *Diversitas*, São Paulo n. 1, p. 138-146, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/diversitas/article/download/58380/61381>>. Acesso em: 15 set. 2017.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural*, Belo Horizonte, p. 1-35, 2001. Disponível em: <http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTAL TERRA. *Após anos em alta, pedidos de refúgio se estabilizam*. [S.l.], 2016. Não paginado. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/brasil/apos-anos-em-alta-pedidos-de-refugio-se-estabilizam,3a6631b28c02b0b3a096555f46890e61gqicgtj3.html>>. Acesso em: 15 set. 2017.

PORTESES, A. Economic Sociology and the Sociology of immigration: A conceptual overview. In: PORTES, A. (Ed.). *The economic sociology of immigration: Essays on*

Networks, ethnicity, and entrepreneurship. New York: Russell Sage Foundation, 1995. p. 1-41.

PRATES, J. C. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 116-128, 2012. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O_methodo_marxiano_de_investigacao_e_o_enfoque_misto_na_pesquisa_social_uma_relacao_necessaria.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

PUSSETTI, C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 94-113, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/08.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

PUSSETTI, C. Corpos em trânsito e sofrimento psíquico. In: PUSSETTI, C. (Coord.). *Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural*. Lisboa: Observatório da Imigração, 2009. p. 29-41. (Estudos OI, n. 33). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/33292/1/Migrantes%20e%20sa%C3%BAde%20mental_a%20constru%C3%A7%C3%A3o%20da%20competencia%20cultural.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

RAMMINGER, T.; ATHAYDE, M. R. C.; BRITO, J. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa intervenção para o campo da saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3.191-3.202, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/10.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

RAMOS, M. C. P. Globalização e multiculturalismo. *Revista Eletrônica Inter-Legere*, Natal, n. 13, p. 75-101, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/download/4166/3400>>. Acesso em: 15 set. 2017.

RAMOS, N. Mulheres portuguesas na diáspora: maternidade, aculturação e saúde. In: SEABRA, L.; ESPADINHA, A. (Org.). *A vez e a voz da mulher portuguesa na diáspora: Macau e outros lugares*. Macau: Ed. Universidade de Macau, 2009. p. 163-188.

RAMOS, N. Migração, aculturação e saúde. In: RAMOS, N. (Org.). *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2008. p. 45-96.

RAMOS, N. Adaptação, saúde e doença em contexto migratório e intercultural. In: RAMOS, N. (Org.). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004. p. 239-299.

RAWLINSON, T. et al. From Haiti to the Amazon: Public health issues related to the recent immigration of Haitians to Brazil. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, San Francisco, v. 8, n. 5, p. e2685, 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0002685&type=printable>>. Acesso em: 15 set. 2017.

REBOUÇAS, A. J. A. et al. *Insalubridade: morte lenta no trabalho*. São Paulo: Oboré Editorial, 1989.

REIS, L.; RAMOS, N. Imigrantes brasileiros em Lisboa e utilização dos serviços de saúde.

In: PADILHA, B. et al. (Ed.). *Novas e velhas configurações da imigração brasileira na Europa: atas do 2º Seminário de Estudos sobre a Imigração Brasileira na Europa*. Lisboa: CIES/IUL, 2012. p. 103-111. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3874/5/COMPLETO_FINAL_livro_novas_e_velhas.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

REIS, R. R. A política do Brasil para as migrações internacionais. *Contexto Internacional*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 47-69, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cint/v33n1/v33n1a03.pdf>>. Acesso em: 22 15 set. 2017.

REPÓRTER AMAZÔNIA. Justiça aprova isenção da taxa de residência para estrangeiros em RR. *EBC Agência Brasil*, Brasília, DF, 18 fev. 2017. Disponível em: <<http://radios.ebc.com.br/reporter-amazonia/2017/08/aprovado-pedido-de-isencao-da-taxa-de-residencia-no-brasil-estrangeiros>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

REZENDE, D. F. A. *Reflexões sobre os sistemas de migração internacional: proposta para uma análise estrutural dos mecanismos intermediários*. 2005. 204 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/MCCR-739RWN/dimitri_fazito.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 ago. 2017.

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313348/1/Rizzotto_MariaLuciaFrizon_D.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017.

ROCHA, E. M. M.; FONTES, G. Filariose bancroftiana no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 98-105, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n1/2397.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

ROCHARS, M. E. B. et al. Geographic distribution of lymphatic filariasis in Haiti. *American Journal of Medicine and Hygiene*, Baltimore, v. 71, n. 5, p. 598-601, 2004. Disponível em: <<http://www.ajtmh.org/docserver/fulltext/14761645/71/5/0700598.pdf?Expires=1505955605&id=id&accname=guest&checksum=2BB9A613CAB63ED4B24D582B4E6823E3>>. Acesso em: 15 set. 2017.

RODRIGO, E. As liberdades fundamentais. *ComCiéncia*, Campinas, n. 106, 2009. Não paginado. Disponível em: <<http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n106/n106a02.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

RUFINO, C.; AMORIM, S. G. Imigração internacional e Gestão Pública da Saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP): uma contextualização a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 18, 2012, Águas de Lindóia. *Anais... Águas de Lindóia: ABEP*, 2012. p. 1-10. Poster. Disponível em: <<https://oestrangeirodotorg.files.wordpress.com/2013/03/imigrac3a7c3a3o-internacional-e-sac3bade.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2017.

SALADINI, A. P. S. *Trabalho e imigração: os direitos sociais do trabalhador imigrante sob a perspectiva dos direitos fundamentais*. 2011. 285 f. Dissertação (Mestrado em Direito) –

Universidade Estadual do Norte do Paraná, Jacarezinho, PR, 2011. Disponível em: <<https://www.uenp.edu.br/pos-direito-teses-dissertacoes-defendidas/direito-dissertacoes/1964-ana-paula-sefrin-saladini/file>>. Acesso em: 14 set. 2017.

SAMPAIO, C. Migrações e saúde: um testemunho. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, DF, v. 21, n. 40, p. 245-250, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/15.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2017.

SANTANA, C. L. A. et al. Redes de serviço de saúde e apoio social aos refugiados e imigrantes. In: MOTA, A.; MARINHO G. S. M. C. (Org.). *Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades*. São Paulo: CD.G Casa de Soluções, 2014. p. 175-194. (Coleção Medicina, Saúde e História, n. 5). Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/museu_132_colecao_med_saud_hist_vol_5.pdf>. Acesso em: 2 set. 2017.

SANTANA, M. I. *Sesmarias*. Florianópolis: InfoEscola, [2015?]. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/historia/sesmarias/>>. Acesso em: 2 set. 2017.

SANTOS, A. D.; RIBEIRO, M. T; SANTOS, M. B. Características sociodemográficas e comportamentais relacionados à gravidez na adolescência no município de Jeremoabo, Bahia, Brasil. *Scientia Plena*, Aracaju, v. 11, n. 1, p. 1-12, 2015. Disponível em: <<https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/download/2328/1113>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SANTOS, F. V. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *História, Ciências, Saúde (Manguinhos)*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0477.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SARGENT, C.; LARCHANCHÉ, S. Transnational migration and global health: the production and management of risk, illness and access to care. *Annual Review of Anthropology*, Palo Alto, CA, v. 40, p. 345-361, 2011.

SARRIERA, J. C.; PIZZINATO, A.; MENESSES, M. P. R. Aspectos psicossociais da imigração familiar na Grande Porto Alegre. *Estudos de Psicologia (Natal)*, Natal, v. 10, n. 1, p. 5-13, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n1/28003.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SASS, N. et al. Desfechos maternos e perinatais em gestantes bolivianas no município de São Paulo: um estudo transversal caso-controle. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 398-403, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n8/a07v32n8.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

SASSEN, S. Três migrações emergentes: uma mudança histórica. *SUR: Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 13, n. 23, p. 29-42, 2016. Disponível em: <<http://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2016/09/2-sur-23-portugues-saskia-sassen.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SASSEN, S. *Guests and aliens*. New York: The New Press, 1999.

SASSEN, S. *The mobility of labor and capital*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

SAWAIA, B. B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 364-372, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a10v21n3.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SAYAD, A. *La double absence*: des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré. Paris: Seuil, 1999.

SAYAD, A. *Imigração ou os paradoxos da alteridade*. Tradução Cristina Murachco. São Paulo: Ed. USP, 1998.

SCHEPER-HUGHES, N. *Daily life in N.E. Brazil*: Death without weeping. [S.l.]: New Internationalist, 1994. n. 254. Disponível em: <<https://newint.org/issues/1994/04/01>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SEYFERTH, G. Imigrantes, estrangeiros: a trajetória de uma categoria incomoda no campo político. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 26., 2008, Porto Seguro. *Anais...* Porto Seguro: ABA, 2008. p. 1-20. Disponível em: <http://www.abant.org.br/conteudo/ANALIS/CD_Virtual_26_RBA/mesas_redondas/trabalhos/MR%202012/giralda%20seyfert.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

SEYFERTH, G. *Imigração e cultura no Brasil*. Brasília, DF: Ed. UnB, 1990.

SILVA, S. A. Fronteira amazônica: passagem obrigatória para haitianos? *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, DF, v. 23, n. 44, p. 119-134, 2015. Disponível em: <<http://www.csem.org.br/remhu/index.php/remhu/article/download/507/413>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SILVA, E. C. C.; RAMOS, D. L. P. Interação transcultural nos serviços de saúde. *Acta Bioethica*, Santiago, v. 16, n. 2, p. 180-190, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v16n2/a11.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017

SILVEIRA, C. et al. Processos migratórios e Saúde: uma breve discussão sobre abordagens teóricas nas análises em saúde dos imigrantes no espaço urbano. In: MOTA, A.; MARINHO G. S. M. C. (Org.). *Saúde e história de migrantes e imigrantes*: direitos, instituições e circularidades. São Paulo: CD.G Casa de Soluções, 2014. p. 93-108. (Coleção Medicina, Saúde e História, n. 5). Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/museu_132_colecao_med_saud_hist_vol_5.pdf>. Acesso em: 2 set. 2017.

SILVEIRA, C. et al. O lugar dos trabalhadores de saúde nas pesquisas sobre processos migratórios internacionais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, p. e00063916, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/1678-4464-csp-32-10-e00063916.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SILVEIRA, W. *Precariedade da vigilância nas fronteiras alimenta violência nas cidades*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013. Não paginado. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SEGURANCA/434003-PRECARIEDADE-DA-VIGILANCIA-NAS-FRONTEIRAS-ALIMENTA-VIOLENCIA-NAS-CIDADES.html>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, A. Polícia Federal em Roraima já registrou este ano mais de seis mil pedidos de refúgio de venezuelanos. *Roraima em Tempo*, Boa Vista, 19 jul. 2017. Disponível em: <<http://roraimaemtempo.com/policia-federal-em-roraima-ja-registrou-este-ano-mais-de-seis-mil-pedidos-de-refugio-de-venezuelanos/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SOARES, R. C. *A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje*: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. 210 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: <<http://pct.capes.gov.br/teses/2010/25001019031P3/TES.PDF>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S. B.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 85-108.

SOARES, W. Da associação entre os retornados internacionais e os intermediários da rede migratória valadarense. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, DF, v. 17, n. 32, p. 47-59, 2009. Disponível em: <<http://www.csem.org.br/remhu/index.php/remhu/article/download/144/136>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SOUCHAUD, S. A confecção: nicho étnico ou nicho econômico para a imigração latino-americana em São Paulo? In: BAENINGER, R. (Org.). *Imigração boliviana no Brasil*. Campinas: NEPO/Unicamp; FAPESP; CNPq; UNFPA, 2012. p. 75-92. Disponível em: <<https://oestrangeirodotorg.files.wordpress.com/2012/07/imigrac3a7c3a3o-boliviana-no-brasil4.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SOUCHAUD, S. A imigração boliviana em São Paulo. FERREIRA, A. P. et al. (Org.). *Deslocamentos e reconstruções da experiência migrante*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 267-290.

STEFFENS, I.; MARTINS, J. “Falta um Jorge”: a saúde na política municipal para migrantes de São Paulo (SP). *Lua Nova*, São Paulo, v. 98, p. 275-301, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n98/1807-0175-1n-98-00275.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2007. p. 89-112.

TOPA, J.; NOGUEIRA, C.; NEVES, S. Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: reflexão à luz do feminismo crítico. *Psico*, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 366-373, 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/8166/5858>>. Acesso em: 15 set. 2017.

TORPEY, J. *The invention of passport*: Surveillance, citizenship and the state. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. Disponível em: <<https://archive.org/download/pdfy-S0NQwPjPkMlZ2eS/88355691-John-Torpey-the-Invention-of-the-Passport-Surve-BookFi.org.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

TRUZZI, O. M. S. Novos olhares sobre a imigração boliviana. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 505-507, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n2/a18v29n2.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES. *Mid-year trends 2016*. Geneva, 2017a. (Serie Gobal Trends). Disponível em: <<http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/58aa8f247/mid-year-trends-june-2016.html>>.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES. *Gobal trends 2016: Forced displacement in 2016*. Geneva, 2017b. Disponível em: <<http://www.unhcr.org/5943e8a34>>. Acesso em: 15 set. 2017.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *International Migration Report 2013*. New York, 2013. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/migrationreport2013/Full_Document_final.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 531-562.

VERAN, J-F; NOAL, D. S; FAINSTAT, T. Nem refugiados, nem migrantes: a chegada dos haitianos à cidade de Tabatinga (Amazonas). Dados, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 1.007-1.041, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v57n4/0011-5258-dados-57-04-1007.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

VÉRAS, M. P. B.; DANTAS, S. D. Prefácio. In: MOTA, A.; MARINHO G. S. M. C. (Org.). *Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades*. São Paulo: CD.G Casa de Soluções, 2014. 7-13. (Coleção Medicina, Saúde e História, n. 5). Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/museu_132_colecao_med_saud_hist_vol_5.pdf>. Acesso em: 2 set. 2017.

VIEIRA, O. V. A violação sistemática dos direitos humanos como limite à consolidação do Estado de direitos no Brasil. In: GIORGI, B. et al. (Coord.). *Direito, cidadania e justiça: ensaios sobre lógica, interpretação, teoria, sociologia e filosofia jurídica*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995. p. 189-195.

VONARX, N. Vodou et pluralisme médico-religieux en Haïti: du vodou dans tous les espaces de soins. *Anthropologie et Sociétés*, v. 32, n. 3, p. 213-231, 2008. Disponível em: <<https://www.erudit.org/fr/revues/as/2008-v32-n3-as2914/029725ar.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

WALDMAN, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 12, n. 1 p. 90-114, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/13239/15054>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

WENDEN, C. W. *Novas imigrações*. Tradução Deisy Ventura. [S.l.]; Prof. Sérgio Chaves, 2016. Blog. Disponível em: <<https://profsergiochaves.wordpress.com/2016/10/29/as-novas-migracoes/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *How health systems can address health inequalities*

linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf>. Acesso em: 15 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 set. 2017.

XAVIER, I. R. *Projeto Migratório e Espaço: os migrantes bolivianos na Região Metropolitana de São Paulo.* 2010. 263 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010. Disponível em: <http://www.cosmopolis.iri.usp.br/sites/default/files/trabalhos-academicos-pdfs/XavierIaraRolnik_M.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

ZENI, K.; FILIPPIM, E. S. Migração haitiana para o Brasil: acolhimento e políticas públicas. *Pretexto*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 11-27, 2014. Disponível em: <http://www.fumec.br/revistas/pretexto/article/download/1534/Artigo_1_V_15_n2_2014>. Acesso em: 26 ago. 2017.

ZIMMERMAN, C.; KISS, L.; HOSSAIN, M. Migration and health: A framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Medicine*, London, v. 8, n. 5, p.1-7, 2011. Disponível em: <>. Acesso em: 15 set. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados



UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia

As questões abaixo se referem à coleta de dados da pesquisa de doutorado em Psicologia, intitulada *Migrações Internacionais e o Acesso às Políticas Públicas de Saúde no Brasil: o Olhar das ONGs* e realizada pela doutoranda Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura, da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS, sob orientação da Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida. A pesquisa tem por objetivo estudar e compreender a efetividade das ações e políticas públicas de acesso à saúde para o atendimento das demandas voltadas aos migrantes residentes no Brasil.

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Caracterização dos participantes:

1.1. Nome:

Idade: anos

Sexo: [] masculino [] feminino

Escolarização:

1.2. Cargo ocupado/função:

1.3. Tempo que exerce o cargo/função:

1.4. Fale sobre sua trajetória profissional (relacionado ao campo das migrações anterior ao cargo):

.....

.....

.....

2. Dados sobre a instituição:

2.1. Tempo de criação:

2.2. Número de funcionários da instituição:

2.3. Atividades desenvolvidas pela instituição:

3. Sobre a migração internacional:

3.1. Como você comprehende o fenômeno migratório neste século (XXI)?

4. Sobre as demandas e atendimentos prestados aos migrantes:
 - 4.1. Quais as nacionalidades que mais procuram atendimento na instituição?
 - 4.2. Quais são os serviços prestados pela instituição mais solicitados pelos migrantes?
 - 4.3. Como é a situação em que vivem os migrantes?
5. Sobre as principais dificuldades da população migrante no Brasil:
 - 5.1. Quais são as principais dificuldades encontradas pelos migrantes ao ingressarem no país?
6. Sobre o direito do migrante:
 - 6.1. Como a questão dos migrantes é abordada na legislação brasileira e como os afeta?
 - 6.2. Como o governo brasileiro deve se posicionar diante dos novos contextos migratórios?
 - 6.3. Na sua opinião, quais são os princípios que devem pautar uma Nova Lei de Migrações no Brasil?
7. Sobre a saúde dos migrantes:
 - 7.1. Os migrantes atendidos na instituição apresentam problemas de saúde? Quais?
 - 7.2. Com relação aos aspectos de saúde, quais as principais dificuldades enfrentadas pela população migrante atendida nesta instituição?
8. Sobre o atendimento à saúde do migrante no Brasil:
 - 8.1. Na sua experiência as políticas públicas de saúde no Brasil (Sistema Único de Saúde, SUS) garantem o acesso aos serviços de saúde a estrangeiros residentes no país?
 - 8.2. Como você vê a atuação dos serviços de saúde na atenção do migrante no país?
 - 8.3. Você poderia citar algumas estratégias adotadas no âmbito de saúde destinada a assistência a comunidade migrante?
 - 8.4. Quais foram/tem sido os maiores avanços, lacunas e dificuldades de atendimento para migrantes no campo da saúde?
9. Perspectivas futuras:
 - 9.1. Na sua opinião, quais as perspectivas para o futuro do fenômeno migratório no Brasil?

.....
Nome do participante

.....,/...../.....
Local e data da entrevista

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa *Migrações Internacionais e o Acesso às Políticas Públicas de Saúde no Brasil: o Olhar das ONGs*, desenvolvida por *Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura*, discente de Doutorado, em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande - MS, sob orientação da Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida.

O objetivo geral do estudo é: Estudar e compreender a efetividade das ações e políticas públicas de acesso à saúde para o atendimento das demandas voltadas aos estrangeiros residentes no Brasil.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas através de uma entrevista, relacionadas a sua experiência profissional como membro de instituição não governamental com atuação na área das migrações humanas. A entrevista será gravada, transcrita e armazenada em arquivo digital. Somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções n. 196, de 10 de outubro de 1996, e n. 466, de 12 de dezembro de 2012, e orientações do Conselho Nacional de Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública. O local do encontro para a entrevista será combinado juntamente com o participante e o tempo de duração da entrevista é de aproximadamente duas horas.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua participação nesta pesquisa refere-se a contribuir para dar visibilidade a problemática da migração internacional e as políticas públicas de saúde, possibilitando identificar as dificuldades e facilidades do acesso à saúde desta população. Os resultados poderão servir de base para criar ações na garantia dos direitos dos migrantes a saúde na atenção primária de saúde.

Os riscos ou desconfortos que a pesquisa pode causar aos participantes são: ansiedade, sentimento de intimidação, vergonha, constrangimento, medo, invasão de privacidade e exposição. Para minimizar e/ou prevenir tais riscos o pesquisador dará as explicações, sanando todas as dúvidas acerca dos objetivos e dos instrumentos (roteiro de entrevista) utilizados no estudo, para que os participantes tenham compreensão prévia da finalidade do mesmo.

Durante a entrevista, caso sinta algum desconforto frente a pergunta, você poderá

deixar de responder qualquer pergunta que deseje.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos na área das migrações nacionais e internacionais, comunidades migrantes, artigos científicos e na tese.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB. O Comitê é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade:

Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB

Endereço: UCDB, Avenida Tamandaré n. 6.000, Jardim Seminário, CEP 79117-900, Campo Grande, Mato Grosso do Sul; Telefone e Fax: (067) 3312-3723; E-mail: cep@ucdb.br

.....
Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura (Pesquisadora)

Endereço: Rua Sacramento, n. 320, Bl. C, Apto. 401
 CEP 79118-021, Campo Grande, MS
 Telefone: (067) 98408-9167
 E-mail: flavianyfontoura@hotmail.com

.....
Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida (Orientadora)

Endereço: Rua Constantinopla, n. 687
 CEP 79112-180, Campo Grande, MS
 Telefone: (067) 3361-4513
 E-mail: luciane@ucdb.com

.....,/...../.....
 Local e data da entrevista

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

.....
 Nome do participante

.....
 Assinatura

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO

Pesquisador: Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54336016.4.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.663.670

Apresentação do Projeto:

Estudo de campo, descritivo, qualitativo, bem delineado quanto aos objetivos propostos e atividades a serem realizadas

Objetivo da Pesquisa:

Estudar e compreender a efetividade das ações e políticas públicas de acesso à saúde para o atendimento das demandas voltadas aos migrantes residentes no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

o autor descreve riscos inerentes à utilização de questionário como ansiedade e desconforto, mas as questões são diretas e objetivas focadas no cerne do estudo, não agride ao entrevistado de modo algum. Mesmo assim, o mesmo se coloca a disposição para minimizar estes desconfortos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo bem detalhado, metodologicamente claro, apontando sua relevância social. Cumpre adequadamente todas as exigência da Resolução 466/12 CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos adequados

Recomendações:

sem recomendações

Endereço:	Av. Tamandaré, 6000	CEP:	79.117-900
Bairro:	Jardim Seminário	Município:	CAMPO GRANDE
UF:	MS	Fax:	(67)3312-3723
Telefone:	(67)3312-3615	E-mail:	cep@ucdb.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO**



Continuação do Parecer: 1.663.670

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o voto do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_663919.pdf	21/07/2016 23:05:33		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	portovelho.jpg	21/07/2016 23:01:18	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cuiaba.jpg	21/07/2016 23:00:42	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	avossinop.jpg	21/07/2016 23:00:09	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	presencaamericalatina.jpg	21/07/2016 22:52:54	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	missaopaz.jpg	21/07/2016 22:51:43	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	corumba.jpg	21/07/2016 22:38:15	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	campogrande.jpg	21/07/2016 22:37:46	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cami.jpg	21/07/2016 22:34:27	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Outros	Roteirodaentrevista.docx	21/07/2016 22:25:49	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/07/2016 22:18:30	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.doc	21/07/2016 22:17:18	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	21/07/2016 22:15:28	Flaviani Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito

Endereço: Av. Tamandaré, 6000	
Bairro: Jardim Seminário	CEP: 79.117-900
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3615	Fax: (67)3312-3723
E-mail: cep@ucdb.br	

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 1.663.670

Ausência	TCLE.docx	21/07/2016 22:15:28	Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	02/03/2016 17:49:48	Flaviany Aparecida Piccoli Fontoura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 04 de Agosto de 2016

Assinado por:
Márcio Luís Costa
(Coordenador)

Endereço:	Av. Tamandaré, 6000				
Bairro:	Jardim Seminário				
UF:	MS	Município:	CAMPO GRANDE	CEP:	79.117-900
Telefone:	(67)3312-3615	Fax:	(67)3312-3723	E-mail:	cep@ucdb.br