

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS

ISABELLA MARTINS CARPENTIERI

**MIGRAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E SAÚDE: O ACESSO DE IMIGRANTES E
REFUGIADOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM PORTO ALEGRE**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Relações Internacionais da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Relações Internacionais.

Orientador: Prof. Dr. Fabian Scholze Domingues

Porto Alegre

2022

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho e ao longo de todo o curso de Relações Internacionais, recebi apoio e estímulo de algumas pessoas que não poderia deixar de agradecer neste que se coloca como marco do término de uma fase.

Agradeço, primeiramente, à República Federativa do Brasil e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela possibilidade de realizar meus estudos em uma instituição de ensino pública e de excelência.

À minha mãe, Claudia Martins, e aos meus avós, Carlos e Maria Helena Martins, pela paciência e confiança infinitas a mim dispostas. Pelo apoio emocional e financeiro ao longo de toda a vida e, principalmente, pelos exemplos de persistência, coragem e honestidade sempre demonstrados e ensinados.

Agradeço ao professores coordenadores do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão sobre Migração (NEPEMIGRA) e do Grupo de Pesquisa sobre Refugiados, Imigrantes e Geopolítica (GRIGs), Fabian Scholze Domingues, Verônica Korber Gonçalves, Roberta Baggio e Pâmela Marconatto Marques, pelos ensinamentos desde meu ingresso em 2018.

Agradeço aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), Fernanda Kerbes, Alexandre Luis Ritter, Liliane Maria dos Santos e, especialmente, Rita Buttes Silva, pelo apoio na obtenção dos dados e informações que subsidiaram essa pesquisa.

Agradeço aos colegas do NEPEMIGRA e do GRIGs, especialmente Mariane Di Domenico e Júlia Migot, que me deram força e amparo para superar os obstáculos que se apresentaram nesta caminhada.

Ao meu professor e orientador, Fabian Domingues, pelo auxílio e paciência durante a redação desta monografia.

Finalmente, aos meus colegas de curso e grandes amigos, Ana Paula Lutz, Ana Luiza Loh, Gabriela Toledo, Júlia Silveira e Pietro Verdum, por tornarem a minha trajetória na graduação de Relações Internacionais muito mais leve e prazerosa.

RESUMO

A ampliação dos fluxos migratórios em direção ao Brasil traz à tona o debate sobre a responsabilidade dos estados e dos municípios garantirem os direitos sociais básicos aos imigrantes e refugiados, como o direito à saúde. Institucionalmente, não existem restrições formais que impeçam a utilização do SUS por qualquer indivíduo, independente do país de origem. Entretanto, a legislação brasileira não é suficiente no alcance da equidade em saúde, uma vez que as normativas jurídicas esbarram nas dificuldades enfrentadas pelas populações migrantes, como a discriminação, a falta de redes de suporte, as barreiras linguísticas e as condições socioeconômicas. No caso de Porto Alegre, menos de 10% do total de imigrantes e refugiados residentes no município possui o Cartão Nacional de Saúde, conhecido como Cartão do SUS. Os diferentes índices de vinculação à Atenção Primária em Saúde estão relacionados com o panorama das imigrações para o estado do Rio Grande do Sul, bem como para a capital gaúcha. Este trabalho procurou apresentar o perfil sociodemográfico dos imigrantes e refugiados que acessam a APS em Porto Alegre, a fim de subsidiar a elaboração de políticas efetivas e de qualidade. Ainda que a Prefeitura Municipal de Porto Alegre não tenha estabelecido uma política pública consolidada e interinstitucional para as populações migrantes, podem ser identificados avanços no processo de inclusão desses grupos, como o Projeto Anfôm e o Projeto Mediadores Interculturais.

Palavras-chave: Migração. Saúde. Desenvolvimento. Porto Alegre.

ABSTRACT

The expansion of migratory flows towards Brazil brings up the debate about the responsibility of states and cities to guarantee basic social rights to immigrants and refugees, such as the right to health. Institutionally, there are no formal restrictions that prevent the use of the Unified Health System, known as Sistema Único de Saúde or SUS in portuguese, by any individual, regardless of the country of origin. However, Brazilian legislation is not enough to achieve equity in health, since legal regulations come up against difficulties faced by migrant populations, such as discrimination, lack of support networks, language barriers and socioeconomic conditions. In the case of Porto Alegre, less than 10% of the total number of immigrants and refugees residing in the city have the National Health Card, known as the SUS Card. The different rates of linkage to Primary Health Care are related to the overview of immigration to the state of Rio Grande do Sul, as well as to the capital of Rio Grande do Sul. This work aims to present the sociodemographic profile of immigrants and refugees who access Primary Health Care in Porto Alegre, in order to support the elaboration of effective and quality policies. Although Porto Alegre has not established a consolidated and inter-institutional public policy for migrant populations, advances can be identified in the processes of inclusion of these groups, such as the Anfôm Project and the Intercultural Mediators Project.

Keywords: Migration. Health. Development. Porto Alegre.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 DESENVOLVIMENTO EM PERSPECTIVA	14
2.1 A ABORDAGEM DAS CAPACITAÇÕES	15
2.2 LIBERDADES FORMAIS E LIBERDADES SUBSTANTIVAS	19
2.3 DESENVOLVIMENTO E A VISÃO AMPLIADA SOBRE SAÚDE	22
3 O ACESSO DE IMIGRANTES E REFUGIADOS À SAÚDE NO BRASIL	27
3.1 LIBERDADE FORMAL: LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	28
3.2 LIBERDADE SUBSTANTIVA: (IN)ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO MIGRANTE AO SUS	31
3.2.1 MULHERES IMIGRANTES: ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	33
3.2.2 DOMÍNIO DO IDIOMA DO PAÍS DE ACOLHIMENTO	35
3.2.3 DESCONHECIMENTO DA UNIVERSALIDADE DO SUS	37
3.2.4 DISCRIMINAÇÃO, XENOFOBIA E RACISMO	38
3.3 PANDEMIA DA COVID-19: REFLEXOS NOS DIREITOS DE IMIGRANTES E REFUGIADOS	40
4 MIGRAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E SAÚDE NA PRÁTICA: O CASO DE PORTO ALEGRE	47
4.1 PANORAMA DO ACESSO AO SUS EM PORTO ALEGRE	50
4.2 DADOS DA PLATAFORMA MIGRACIDADES	58
4.3 BOAS PRÁTICAS: PROJETO ANFÔM E MEDIADORES INTERCULTURAIS	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	70

INTRODUÇÃO

O crescente aumento de imigrantes no Brasil, no período de 2011 a 2020, é reflexo das novas dinâmicas dos fluxos migratórios internacionais, que surgem como importante fator de mudança social no mundo contemporâneo. O país, caracterizado pela emigração até o final do século XX, em pouco tempo consolidou-se como destino de imigração e trânsito de pessoas.

Alguns fatores conjunturais da economia mundial e da geopolítica foram determinantes para a ampliação das correntes migratórias em direção ao Brasil. A crise internacional de 2008 e as políticas restritivas da América do Norte e da Europa incentivaram o deslocamento dos eixos de migração no globo, estabelecendo a rota sul-sul como uma alternativa migratória (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2021).

É fundamental destacar que, na primeira década do século XXI, o Brasil crescia a taxas elevadas e a situação econômica era marcada pela valorização da moeda frente ao dólar, pelo mercado de trabalho aquecido e pelas baixas taxas de desemprego. O país ascendia como potência emergente, participante dos BRICS e sede de grandes eventos como a Copa do Mundo em 2014 e as Olimpíadas em 2016.

Ao mesmo tempo, o Acordo de Residência do Mercosul, promulgado em 2009, garantiu o direito à residência, ao trabalho e à seguridade social, de forma recíproca, aos nacionais dos países-membros e dos países associados (BRASIL, 2009). Todos esses fatores influenciaram para o fortalecimento da imagem do país como um local de oportunidades.

De acordo com o Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais, entre 2010 a 2019 foram registrados 660.349 imigrantes de longo termo no Brasil. Dentre estes imigrantes, 41% foram mulheres. Os maiores números de registros correspondem aos nacionais da Venezuela (142.250), do Paraguai (97.316), da Bolívia (57.765) e do Haiti (54.182), representando 53% do total (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2021).

Observa-se que, no período de 2011 a 2020, o fenômeno migratório brasileiro caracterizou-se pela chegada de imigrantes, em sua maioria, do Sul Global. Ou seja, além da dimensão quantitativa, os movimentos recentes revelam uma mudança nas correntes migratórias, que passaram a ter como origens predominantemente a América Latina e a África.

Diante desse contexto, é importante entender a diferença entre refugiados e migrantes, que está relacionada com o motivo pelo qual os indivíduos se deslocam de um local para o outro. A Convenção de 1951 da Organização das Nações Unidas (ONU) define que refugiados são as pessoas que estão fora de seu país de origem devido a fundados temores de perseguição relacionados a questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um determinado grupo social ou opinião política, assim como a grave e generalizada violação de direitos humanos e conflitos armados.

Enquanto os refugiados buscam proteção por motivos de guerra ou perseguição em seus países de origem, os migrantes geralmente saem por vontade própria, para procurar melhores condições de vida, para reencontrar familiares ou por causa de perturbação ambiental acentuada (natural e/ou desencadeada por seres humanos).

A ampliação dos fluxos migratórios em direção ao Brasil traz à tona o debate sobre a responsabilidade dos estados e dos municípios garantirem os direitos sociais básicos aos imigrantes e refugiados, como o direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança, sem distinção de qualquer natureza.

A Lei nº 13.445/17, conhecida como a Lei de Migração, é uma conquista inédita no que tange à proteção dos direitos dos imigrantes. O novo marco legal das migrações no país foi comemorado pelos diversos atores da sociedade civil por ser considerada uma legislação avançada e progressista. Além disso, substituiu o obsoleto Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815/1980 vigente entre 1980 e 2017), que compreendia o imigrante como ameaça à segurança nacional.

Uma das principais conquistas da Lei de Migração é a garantia de acesso aos serviços públicos e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória (BRASIL, 2017). Dentre os serviços públicos, destaca-se o direito de imigrantes e refugiados ao atendimento nas Redes de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e promove acesso integral, universal e gratuito para todas as pessoas do país. O seu surgimento foi um marco importante na história brasileira, ao organizar e articular os serviços, ampliando a justiça e reduzindo a desigualdade (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Estão definidos na Constituição Federal de 1988 os elementos doutrinários do SUS, quais sejam: os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da

descentralização e da participação popular (BRASIL, 1988). A universalidade diz respeito à saúde como um direito de cidadania, assegurado pelo Estado, independentemente do gênero, raça/cor, ocupação, nacionalidade ou outras características. A equidade em saúde objetiva diminuir desigualdades, levando-se em conta as necessidades distintas de cada pessoa. A integralidade, por sua vez, contempla o indivíduo em todos os níveis de atenção e considera o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural.

Entende-se, portanto, que o direito à saúde pública é estendido aos presentes em território nacional, sejam brasileiros, migrantes ou refugiados, inclusive para aqueles sem documento de identificação (BRASIL, 2011). Essa garantia está disposta na Lei de Migração e nos princípios doutrinários do SUS, como apresentado anteriormente, mas também na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) e em decretos do Ministério da Saúde.

Institucionalmente, não existem restrições formais que impeçam a utilização do SUS por qualquer indivíduo, independente do país de origem. Entretanto, a hipótese deste trabalho é que a esfera legal e administrativa não se faz suficiente no alcance da equidade em saúde, uma vez que as normativas jurídicas esbarram nas dificuldades enfrentadas pelas populações migrantes.

A condição migratória, especialmente nas sociedades marcadas por injustiças, implica em vulnerabilidades que podem levar a desigualdades no acesso à saúde. Algumas dessas vulnerabilidades mencionadas na literatura estão relacionadas ao HIV, à tuberculose, aos cuidados pré-natal e neonatal e a questões de saúde mental (COLLARES, 2021).

Além disso, limitações envolvendo elementos básicos de vida, como alimentação, moradia, saneamento, bem como discriminação de gênero, racismo, dificuldades laborais e falta de apoio social, são fatores que podem impactar na eficácia da atenção à saúde de imigrantes e refugiados.

O debate sobre desenvolvimento humano e equidade, realizado pelos teóricos Amartya Sen e Martha Nussbaum na Abordagem das Capacitações, auxilia a compreender os motivos da discrepância entre as avançadas normativas jurídicas e a realidade dos serviços públicos de saúde. De acordo com Sen (1999), as liberdades formais (no original, *liberties*) são os direitos individuais assegurados aos cidadãos por tribunais ou órgãos administrativos, enquanto as liberdades substantivas (no original, *freedoms*) correspondem à capacidade de transformar os direitos formais em realização.

Os direitos formais são insuficientes se estiverem limitados à esfera das normas e dos valores, considerando que as garantias jurídicas precisam alcançar a existência concreta da vida social e transformar as suas condições em vista do exercício da liberdade e da realização pessoal. Este trabalho pretende discutir sobre as liberdades formais (ou seja, o que está disposto na legislação) e as liberdades substantivas (ou seja, a realidade presenciada na ponta) no que tange ao acesso das populações migrantes à saúde pública no Brasil.

A fim de avaliar a execução das políticas públicas de saúde e as variáveis que influenciam o acesso pelas populações migrantes, este trabalho utiliza como estratégia de pesquisa científica o estudo de caso no município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul.

Desde 2010, observa-se um aumento progressivo no número de imigrantes distribuídos na região Sul do Brasil (UEBEL, 2016). A Prefeitura Municipal de Porto Alegre estima que cerca de 30 mil imigrantes residem na cidade e os principais grupos correspondem a indivíduos nacionais do Haiti, do Uruguai, do Senegal, da Argentina, da Venezuela e da Bolívia (PORTO ALEGRE, 2021).

É preciso destacar que as populações mencionadas acima possuem características distintas, vide o caso dos senegaleses, haitianos e venezuelanos¹. Os imigrantes senegaleses tendem a migrar sozinhos e constituem-se como uma população formada majoritariamente por homens jovens, desacompanhados e em idade laboral. No caso dos imigrantes venezuelanos e dos imigrantes haitianos, acentuou-se a participação de mulheres, crianças e idosos nos fluxos migratórios, uma vez que essas populações compartilham a expectativa de construção de um projeto de vida familiar no Brasil.

Ou seja, os diferentes perfis sociodemográficos das populações migrantes são determinantes no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre. Um imigrante que se desloca com a família terá uma dinâmica de acesso aos serviços diferente em comparação com um imigrante jovem que se desloca sozinho para fins de trabalho, por exemplo.

Quantitativamente, é possível mensurar o acesso das populações migrantes à saúde pública através dos dados do Cartão Nacional de Saúde (CNS), ou seja, o documento de

¹ As condições socioeconômicas do Senegal, os desastres naturais no Haiti e a instabilidade política e econômica da Venezuela podem ser descritos como os motivos principais para os fluxos migratórios de senegaleses, haitianos e venezuelanos para o Brasil. Por constituírem-se como três numerosas populações residentes em Porto Alegre, as referidas nacionalidades foram utilizadas como ferramenta de análise, especialmente na terceira seção deste trabalho.

identificação do usuário do SUS. Este registro contém as informações de cada indivíduo como os dados pessoais, os contatos e os documentos. O CNS, conhecido como Cartão do SUS, também possibilita a criação do histórico de atendimento de cada cidadão por meio do acesso às bases de dados dos sistemas envolvidos neste histórico, por exemplo, o sistema de atenção básica, o sistema hospitalar, o sistema de dispensação de medicamentos, etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

Em Porto Alegre, segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA), em janeiro de 2020, cerca de 3.313 imigrantes estavam com cadastro ativo no Cartão Nacional de Saúde e acessavam a Atenção Primária à Saúde (APS) (PORTO ALEGRE, 2021). Considerando a estimativa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre que aproximadamente 30 mil residem na cidade e 3.313 foram identificados com o Cartão do SUS, este número representa menos de 10% do total de imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiados no município.

Observa-se que existe uma assimetria entre o número de imigrantes que moram em Porto Alegre e o número de imigrantes que acessam o Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, o problema de pesquisa que busca-se responder é: que tipo de organização as políticas públicas de saúde devem desenvolver para contemplar as necessidades imediatas e as particularidades das populações migrantes, bem como permitir o acompanhamento de seus problemas de saúde?

Dentre os objetivos, procura-se i) discutir a importância da equidade em saúde, no âmbito das migrações internacionais, a partir de um arcabouço teórico que incorpora a reflexão de temas como justiça, equidade e desenvolvimento; ii) traçar o perfil sociodemográfico dos imigrantes e refugiados que estão vinculados na Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre e iii) subsidiar políticas públicas para o acesso das populações migrantes à saúde pública no território nacional, além de responder às suas necessidades e expectativas.

Em relação à metodologia, realizou-se um estudo de corte transversal, com base em dados obtidos através do Prontuário Eletrônico e-SUS da Atenção Básica (AB)². Os dados utilizados foram disponibilizados à autora pela Área Técnica da Saúde do Imigrante, que

² O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

compõe o Núcleo de Equidades da Coordenação de Políticas Públicas em Saúde - CPPS da Diretoria de Atenção Primária em Saúde - DAPS.

Foram considerados os registros de imigrantes com cadastro ativo no Cartão Nacional de Saúde e que acessavam a Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Porto Alegre, nos anos de 2020 e 2021, seus respectivos países de origem, faixas etárias e sexo/gênero. A partir dessas informações, elaborou-se o perfil sociodemográfico dos(as) imigrantes vinculados à APS em Porto Alegre.

Através do Software QGIS, plataforma de sistema de informação geográfica que permite a visualização, edição e análise de dados georreferenciados, realizou-se mapeamento do acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) nas Gerências Distritais de Porto Alegre por imigrantes haitianos, uruguaios, venezuelanos, colombianos, argentinos e senegaleses.

Por fim, a autora analisou as respostas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre ao Processo de Certificação MigraCidades do ano de 2020, referente à dimensão “Acesso à Saúde”. As afirmações assinaladas por Porto Alegre no Formulário para Verificação de Dimensões de Governança Migratória no Âmbito Local foram divididas em 4 eixos: 1) ‘acesso’, 2) ‘capacitação, divulgação e recorte de gênero’, 3) ‘dados’ e 4) ‘governança’.

Cumprir registrar que esse estudo faz parte do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Projeto nº 41100) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Processo SEI nº 22.0.000069591-6), após trâmite institucional através da Plataforma Brasil.

O estudo sobre governança migratória justifica-se à medida que as novas dinâmicas dos fluxos internacionais têm evidenciado graves problemas enfrentados pelas populações migrantes, como a inserção precária no mercado de trabalho e as condições de vida comprometidas pela não inclusão de direitos. Este trabalho propõe a reflexão sobre estratégias de atenção que permitam o acesso às políticas públicas de saúde por imigrantes e refugiados, sob uma perspectiva de justiça social, embasada na equidade, na ética e no respeito aos direitos humanos.

Ademais, a pesquisa é resultado do interesse desenvolvido durante a iniciação científica sobre saúde, migração e desenvolvimento humano, desde 2018, no âmbito do Grupo de Pesquisa sobre Refugiados, Imigrantes e Geopolítica (GRIGs), vinculado ao curso

de Relações Internacionais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pontua-se o objetivo de unir a análise da governança migratória sob a perspectiva da Abordagem das Capacitações, buscando contribuir com a interdisciplinaridade e a multidimensionalidade do tema.

O presente trabalho divide-se em quatro seções para além desta introdução. Na segunda seção, aborda-se o conceito de equidade em saúde e a sua importância para o desenvolvimento humano, elaborado a partir da Abordagem das Capacitações. A terceira seção apresenta a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) e as suas diretrizes, bem como as normativas jurídicas que garantem o acesso universal e integral às políticas públicas de saúde pela pessoa migrante. A quarta seção dedica-se a analisar o panorama do acesso à saúde pública por imigrantes e refugiados no município de Porto Alegre, a partir dos dados da Secretaria Municipal de Saúde e da Plataforma MigraCidades. Por fim, são retomadas as principais contribuições do trabalho e as considerações sobre os resultados encontrados.

2 DESENVOLVIMENTO EM PERSPECTIVA

A partir da promulgação da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) desponta, organizando e articulando os serviços, dando suporte e traduzindo em ação a efetivação da política de saúde no Brasil (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Seu surgimento, no tocante à concepção e à institucionalização, é marcante na história da saúde pública, ampliando a justiça e reduzindo a desigualdade (SANTOS; MEDEIROS, 2017).

Em todo o país, o SUS deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização, visto que estão definidos na Constituição os elementos doutrinários do sistema de saúde, quais sejam: os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular (BRASIL, 1988).

De acordo com o princípio da universalidade, a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurá-lo, independentemente de sexo, raça, ocupação, nacionalidade ou outras características. O princípio da equidade objetiva diminuir desigualdades tendo em vista as necessidades distintas de cada indivíduo. Por fim, o princípio da integralidade considera as pessoas como um todo, assegurando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde. É a principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção, devendo se orientar pelos princípios doutrinários mencionados acima.

O foco da política de saúde na Atenção Primária culminou em programas e projetos, tais como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que vieram para unir as intenções de aplicação de um conceito ampliado de saúde e levar serviços multidisciplinares às comunidades (FISCHBORN, 2015).

Conforme previsto pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) o processo saúde-doença é determinado por vários aspectos, dos quais Rufino e Amorim (2012, p. 4) citam: “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada”.

Nesse sentido, o conceito ampliado de saúde, um dos pilares do SUS, está em consonância com o debate acerca da multidimensionalidade da realidade humana, realizado pelos teóricos Amartya Sen e Martha Nussbaum na Abordagem das Capacitações. Essa abordagem econômica, social e filosófica propõe o desenvolvimento como um fenômeno complexo e relacionado às diferentes dimensões da vida humana.

2.1 A ABORDAGEM DAS CAPACITAÇÕES

Os trabalhos do economista Amartya Sen, publicados no final da década de 1970, se constituem como ponto de partida da formulação da Abordagem das Capacitações (ou *Capability Approach*). Segundo esta abordagem, o desenvolvimento de uma sociedade deve ser avaliado de acordo com as liberdades desfrutadas por seus membros. A liberdade é “o determinante principal da iniciativa individual e da eficácia social” (SEN; 1999, p. 33), estando relacionada com a condição de agente (no original, *agency aspect*) do indivíduo, entendido como sujeito ativo e capaz de provocar mudanças.

A liberdade é o “fim primordial e o principal meio do desenvolvimento” (SEN; 1999, p. 52) e o papel instrumental da liberdade como meio refere-se aos direitos e às oportunidades que, ao atuarem em conjunto, contribuem para a expansão da liberdade humana. Entre essas liberdades estão, por exemplo, a liberdade política, as facilidades econômicas, as oportunidades sociais, as garantias de transparência e a segurança protetora.

Amartya Sen (1999) afirma que a visão de desenvolvimento está relacionada com inúmeros fatores que incidem diretamente sobre as condições de vida dos cidadãos, como a integração social, a participação política, a produção e a distribuição de bens e a formação cultural de cada sociedade. Segundo o autor, é impossível pensar em desenvolvimento enquanto os indivíduos estiverem privados das liberdades essenciais.

Historicamente, diversas abordagens teóricas consideraram o desenvolvimento como resultado do crescimento econômico de um país, relacionando-o com fatores como a industrialização, a acumulação de capital, o produto interno bruto, etc. Tais abordagens econômico-utilitaristas dominavam e, em certa medida, continuam dominando as discussões nos organismos internacionais sobre qualidade de vida e políticas públicas, reduzindo a questão central do desenvolvimento em termos estritamente econômicos (SILVESTRE; ANDREA, 2018).

Ocorre que os métodos de análise realizados por critérios absolutamente econômicos, classificando as nações de acordo com os seus dados do Produto Nacional Bruto (PNB), são insuficientes, na medida em que não consideram a distribuição de riqueza e de renda. Além disso, essas abordagens não contemplam outros âmbitos, fundamentais para a garantia da dignidade humana, como expectativa de vida, mortalidade infantil, liberdades políticas, oportunidades educacionais, acesso ao mercado de trabalho e à saúde.

A Abordagem das Capacitações diferencia-se das análises políticas econômicas tradicionais porque rejeita uma percepção restritiva. No entendimento de Sen, o desenvolvimento abrange muito mais do que o crescimento econômico e a disponibilidade de bens e serviços em uma economia; o desenvolvimento envolve as liberdades individuais e a possibilidade de deliberar sobre o uso dos bens para a expansão das capacidades individuais.

A concepção de organização social justa não despreza o crescimento econômico ou o aprimoramento tecnológico; a importância desses fatores está relacionada com um objetivo mais amplo, que é a promoção e a garantia das liberdades substantivas (ZAMBAN, 2014). Os bens são indispensáveis para que as pessoas desenvolvam suas potencialidades e para que possam fazer as escolhas que consideram importantes; porém a Abordagem das Capacitações adota um conceito multidimensional para o desenvolvimento (GIACOMELLI; MARIN; FEISTEL, 2017).

Dentre as obras de Amartya Sen, destaca-se o livro *Desenvolvimento como Liberdade* (1999), o qual contribuiu para estabelecer uma nova compreensão acerca de conceitos como miséria, fome e bem-estar social (SILVA, 2017). A partir da investigação sobre as causas da desigualdade e da pobreza, o trabalho de Amartya Sen influenciou diretamente a formulação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde.

O IDH foi incorporado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que, a partir de 1993, passou a incluí-lo no seu relatório anual. Compreendida como uma alternativa às abordagens tradicionais, a teoria do desenvolvimento humano está profundamente engajada na superação dos níveis de desigualdade, possibilitando uma avaliação multidimensional das condições de vida das pessoas (ZAMBAN; FRITZ, 2019).

Um dos temas centrais da Abordagem das Capacitações é o estudo sobre a produção mundial de alimentos e o problema da fome, o qual, segundo os teóricos do desenvolvimento humano, é um problema político (e não de produção de recursos). A pobreza representa a

ausência de algumas capacidades básicas para funcionar, ou seja, a carência pessoal de oportunidades para realizar alguns níveis minimamente aceitáveis de funcionamentos (TROIAN; LUCINA; XAVIER, 2013).

Conforme constata Sen (1999, p. 110):

- 1) A pobreza pode ser identificada em termos de privação de capacidades. A abordagem concentra-se em privações que são intrinsecamente importantes (em contraste com a renda baixa, que é importante apenas instrumentalmente).
- 2) Existem outras influências quanto à privação de capacidades além do baixo nível de renda (a renda não é o único instrumento de geração de capacidades).
- 3) A relação instrumental entre baixa renda e baixa capacidade é variável entre famílias e indivíduos (o impacto da renda sobre as capacidades é contingente e condicional).

Na mesma perspectiva, o economista indiano Nanak Kakwani sublinha que a falta de renda não é o único tipo de privação que as pessoas podem sofrer. Na verdade, os indivíduos podem sofrer privação aguda em muitos aspectos da vida, além daqueles definidos como necessidades básicas (VASCONCELOS, 2006). Se a distribuição de renda em um núcleo familiar é desproporcional (priorizando, por exemplo, os meninos), o grau de privação dos membros negligenciados (por exemplo, as meninas) pode não ser evidenciado pela renda familiar, mesmo que o montante seja elevado. A privação das meninas é mais facilmente constatada quando se verifica a privação de capacidades (como mortalidade, morbidez, subnutrição, analfabetismo) em oposição ao uso da análise baseada na renda (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

A Abordagem das Capacitações proporciona uma alternativa de análise que implica a percepção, tanto conceitual quanto empírica, de múltiplos aspectos, como as heterogeneidades pessoais, as diversidades ambientais, as diferentes visões de mundo, as especificidades culturais, entre outros fatores.

Durante a década de 1980, a filósofa americana Martha Craven Nussbaum, professora na Universidade de Chicago, colaborou intensamente com Amartya Sen em projetos de investigação sobre a temática do desenvolvimento. A sua relação com Sen manteve-se e Nussbaum estabeleceu as bases para uma teoria de Justiça Social que leva em conta noções morais como o valor da dignidade humana.

O enfoque apresentado por Martha Nussbaum concentra-se em fornecer explicações acerca das garantias humanas que devem ser respeitadas e implementadas por governos comprometidos com o respeito à dignidade dos seres humanos (SILVESTRE; ANDREA,

2018). Na sua perspectiva, a justiça e os direitos humanos (entendidos como capacidades) devem caminhar juntos.

Capacidades e funcionamentos são conceitos relacionados, porém, distintos. Em *Desenvolvimento como Liberdade*, Amartya Sen explica:

O conceito de “funcionamentos” (*functionings*), que tem raízes distintamente aristotélicas, reflete as várias coisas que uma pessoa pode considerar valioso fazer ou ter. Os funcionamentos valorizados podem variar dos elementares, como ser adequadamente nutrido e livre de doenças evitáveis, a atividades ou estados pessoais muito complexos, como poder participar da vida da comunidade e ter respeito próprio. A “capacidade” (*capability*) de uma pessoa consiste nas combinações alternativas de funcionamentos cuja realização é factível para ela. Portanto, a capacidade é um tipo de liberdade: a liberdade substantiva de realizar combinações alternativas de funcionamentos (ou, menos formalmente expresso, a liberdade para ter estilos de vida diversos). Por exemplo, uma pessoa abastada que faz jejum pode ter a mesma realização de funcionamento quanto a comer ou nutrir-se que uma pessoa destituída, forçada a passar fome extrema, mas a primeira pessoa possui um “conjunto capacitário” diferente do da segunda (a primeira pode escolher comer bem e ser bem nutrida de um modo impossível para a segunda) (SEN, 1999, p. 95).

Nussbaum apresenta uma lista de 10 capacidades centrais, inerentes ao desenvolvimento harmonioso da pessoa humana, e argumenta que todas elas devem ser garantidas sem exceção e sem impedimentos, independente de raça, classe, nacionalidade, gênero ou qualquer outra distinção (HENRIQUES, 2014).

A lista de capacidades criada pela filósofa baseia-se nos princípios de respeito mútuo, reciprocidade e autorrespeito (NUSSBAUM, 2013). São elas: (1) vida, (2) saúde física, (3) integridade física, (4) sensações, imaginação e pensamento, (5) emoções, (6), razão prática, (7) afiliação, (8) relação com seres de outras espécies, (9) lazer) e (10) controle sobre o ambiente político e material. Essa lista inclui funcionamentos tais como a liberdade de viver uma vida de duração normal, de ter uma boa saúde e alimentação adequada, de ser protegido contra a violência, de ter liberdade de expressão, de não ser acometido por doenças evitáveis ou morrer prematuramente, de usufruir da liberdade sexual, de ter o direito à participação política, entre outros.

Cumpre destacar que o processo de implementação de uma "vida com dignidade" é contínuo e interdependente. Como as capacidades estão diretamente relacionadas com a

justiça social, uma sociedade que não as garanta para todos os seus cidadãos, não pode ser considerada uma sociedade plenamente justa (SILVESTRE; ANDREA, 2018).

Nota-se que, para a Abordagem das Capacitações, há uma rejeição a qualquer tipo de hierarquia entre os seres humanos. O enfoque das capacidades possibilita estender a análise entre homens e mulheres, classes sociais e, inclusive, nações, uma vez que é destinada a todos os seres humanos, fornecendo não somente um mínimo de garantias sociais mas também um enfoque compatível com diferentes visões e especificidades culturais.

2.2 LIBERDADES FORMAIS E LIBERDADES SUBSTANTIVAS

Conforme apresentado anteriormente, para Amartya Sen e Martha Nussbaum, o fim último do desenvolvimento está associado à liberdade, isto é, as pessoas terem condições de fazer as escolhas que realmente consideram importantes para a sua existência e sua efetiva participação na sociedade (ZAMBAN, 2014). A liberdade é caracterizada como poder, autonomia e autodeterminação do agente.

Além da noção de liberdade, em um sentido abstrato, existem as *liberdades* (no plural) concretas das pessoas. Incluem, por exemplo, capacidades elementares como estar livre da fome crônica, da subnutrição, da morbidez evitável e da morte prematura, bem como as liberdades associadas à educação, à participação pública e à liberdade de expressão (PINHEIRO, 2012).

A Abordagem das Capacitações entende que o desenvolvimento humano deve ser visto como o processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. Essas liberdades exercem influência sobre as escolhas dos indivíduos, terão reflexos no conjunto de funcionamentos que as pessoas exercerão durante a vida e, conseqüentemente, nas capacitações que desenvolverão (GIACOMELLI; MARIN; FEISTEL, 2017).

A amplitude propiciada pela Abordagem das Capacitações sobre como entender a vida dos indivíduos possibilita um novo olhar para as “liberdades formais” e as “liberdades substantivas”. Amartya Sen emprega liberdades formais (no original, *liberties*) para indicar os chamados direitos individuais, ou seja, a liberdade que cada um tem de não ser impedido de exercer suas faculdades ou seus direitos; são as liberdades sociais básicas asseguradas aos cidadãos por tribunais ou órgãos administrativos. O conceito de “liberdade formal” contrasta

nessa discussão com “liberdade substantiva” (no original, *freedom*s), ou seja, a capacidade de transformar os direitos formais em realização.

As liberdades substantivas são aquelas que enriquecem a vida dos seres humanos e que todos querem atingir como *fins*, enquanto que as liberdades formais são os *meios* para atingir os referidos fins. Em consonância, Pinheiro (2012) ressalta que a extensão do conceito seniano de liberdade se aplica não apenas a um sentido descritivo (a objetos, processos, estados de coisas no mundo), mas também a um sentido prescritivo (a normas, leis, regras).

O aparato jurídico está relacionado com os direitos formais, os quais pertencem inteiramente à esfera das normas e dos valores. Entretanto, as normativas jurídicas precisam alcançar a existência concreta da vida social e transformar as suas condições em vista do exercício da liberdade e da realização pessoal.

A justiça social para os teóricos do desenvolvimento humano representa uma sociedade em que as pessoas, as instituições e todo o aparato jurídico estão integrados, promovendo, assim, o exercício pleno da liberdade e das capacidades. Conforme destaca Sen (1999, p. 186): “A realização da justiça social depende não só de normas institucionais (incluindo regras e regulamentações democráticas), mas também na prática efetiva”.

Para ilustrar a diferença entre as liberdades formais e as liberdades substantivas, observa-se o caso brasileiro. A Constituição Federal de 1988 garante a segurança alimentar e nutricional adequada, vide Emenda Constitucional nº 64/2010 que incluiu a alimentação entre os direitos sociais, fixados no artigo 6º da Constituição (BRASIL, 1988). Entretanto, em 2022, 33,1 milhões de pessoas estão passando fome no Brasil; mais da metade da população brasileira (58,7%) está em insegurança alimentar em algum nível; e de 10 famílias apenas 4 possuem acesso total à alimentação. Esses dados foram publicados no “2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil” realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN). Ou seja, há uma discrepância entre a liberdade formal (direito garantido na Constituição) e a liberdade substantiva (realidade, acesso) no que tange à segurança alimentar e nutricional dos brasileiros.

Em sociedades onde ocorrem situações de sofrimento, como a forma de escassez mencionada acima, notam-se graves obstáculos para o equilíbrio social e institucional, pois os cidadãos são privados de uma vida caracterizada como digna. Esses impedimentos são uma

clara constatação da existência de injustiça e ausência das liberdades substantivas, impactando negativamente as políticas de desenvolvimento (ZAMBAN, 2014).

As desigualdades sociais que assolam as sociedades contemporâneas são incompatíveis com a Abordagem das Capacitações, na medida em que comprometem o pleno desenvolvimento da democracia e impedem o exercício das liberdades e da participação popular. O combate às desigualdades é necessário a fim de promover uma organização social sadia, equitativa e democrática (ZAMBAM; FRITZ, 2019).

As políticas públicas têm como objetivo contribuir com o processo de desenvolvimento social e enfrentamento às desigualdades. Isto é, não estão submetidas exclusivamente às demandas do crescimento econômico ou tendo como opção prioritária apenas a busca do bem-estar material (ZAMBAM; KUJAWA, 2017).

Conforme ressalta Sen (1999, p. 334):

Embora a prosperidade econômica ajude as pessoas a ter opções mais amplas e a levar uma vida mais gratificante, o mesmo se pode dizer sobre educação, melhores cuidados com a saúde, melhores serviços médicos e outros fatores que influenciam causalmente as liberdades efetivas que as pessoas realmente desfrutam.

O Estado deve ser responsável por formular e executar políticas públicas, realizando investimentos que possibilitem o acesso de todos os cidadãos aos direitos humanos fundamentais. As políticas públicas, para serem justas, precisam considerar a ideia de “dignidade da pessoa humana”, tais como a vida, a saúde, a integridade física, a qualidade do meio ambiente, etc (FREITAS; CAMPOS, 2020).

Nesse sentido, Nussbaum destaca que todas as pessoas, sem distinções, merecem que os governos lhe garantam as capacidades mínimas para que possam fazer suas escolhas de vida e usufruir de suas capacidades. As políticas públicas devem ser compatíveis com as especificidades e as vulnerabilidades dos diversos grupos que formam uma sociedade.

Uma vez que as abordagens tradicionais, como a visão utilitarista, não são suficientes para a avaliação dos modelos de desenvolvimento e das garantias de bem-estar da população, resta evidente que a Abordagem das Capacitações é ideal para embasar a implementação de políticas públicas que prezam pelo respeito às necessidades humanas fundamentais, bem como a efetivação da justiça social (ZEIFERT, 2019).

2.3 DESENVOLVIMENTO E A VISÃO AMPLIADA SOBRE SAÚDE

A saúde sustenta todos os outros aspectos do desenvolvimento humano, tendo em vista que, sem uma vida saudável, os outros funcionamentos ficam impossibilitados de serem exercidos. Fundamentado nos conceitos da Abordagem das Capacitações, o questionamento que norteia a argumentação desta seção é como a equidade em saúde pode ser incorporada na discussão sobre desenvolvimento e justiça social.

Os determinantes sociais da saúde, como as condições de vida, o acesso ao trabalho e à geração de renda, a cultura, a habitação, o acesso à educação, à segurança alimentar e à segurança pública, as questões de gênero, a orientação sexual, a raça/cor e etnia, dentre outros, impactam diretamente na saúde da população.

Os fatores mencionados acima tornam alguns grupos populacionais vulneráveis e mais suscetíveis ao adoecimento físico e mental. Por meio da compreensão destas condições, um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) é a equidade; ou seja, o respeito às necessidades, às diversidades e às especificidades de cada cidadão ou grupo social, possibilitando a adoção de estratégias de intervenção apropriadas, com o intuito de mitigar os efeitos nocivos à saúde (BRASIL, 2018).

Para Sen e Nussbaum, a equidade e a justiça social são elementos indispensáveis para a avaliação do êxito de uma sociedade. De forma prática, o investimento em saúde enriquece a vida das pessoas, uma vez que influencia diretamente no objetivo final do desenvolvimento, qual seja, a expansão das capacitações e da qualidade de vida dos cidadãos (GIACOMELLI; MARIN; FEISTEL, 2017).

A justiça social relaciona-se à noção de equidade na distribuição de bens na sociedade, entre eles a saúde, requerendo um conjunto de instituições responsáveis por essa distribuição (RIBEIRO, 2015). No caso brasileiro, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser vista como direito de todos os cidadãos e cabe ao Estado à obrigação de prover a saúde de forma integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e a sua gestão descentralizada com participação da população (WEIGELT, 2006).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), fundamentado nos eixos da universalidade, integralidade e equidade que, posteriormente, foi substituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF pode ser considerada um

modelo governamental da Atenção Básica, caracterizada pelo trabalho de equipes multiprofissionais em um território e pelo desenvolvimento de ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. A ESF busca aproximar a Unidade Básica de Saúde (UBS) das famílias, promover o acesso aos serviços e possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários (BRASIL, 2011).

A ESF tem na figura do Agente Comunitário de Saúde um agente catalisador e de capilarização das ações da unidade no território, principalmente na promoção e prevenção, com um papel importante na educação em saúde. Assim, para conhecimento da área de abrangência onde atuam, devem realizar o mapeamento dos recursos existentes e a avaliação de dados demográficos e epidemiológicos locais. Este conhecimento subsidia a construção de um diagnóstico local e um plano de intervenção que prevê prioridades, responsabilidades e prazos.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) dialoga com a Abordagem das Capacitações no que tange à democratização dos processos, à autonomia dos indivíduos e das coletividades, assim como no entendimento do desenvolvimento enquanto potencialidade e multidimensional. Conforme evidencia Fischborn (2015): “Falar em desenvolvimento desconsiderando as questões ambientais, sociais, éticas, culturais, econômicas e de território, seria olhar para o conceito de forma rasa, passiva e complacente, o que de fato dialoga com os interesses do *mainstream*”.

Em consonância, a teoria do desenvolvimento humano destaca que, embora variações biológicas (como sexo e idade) determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde, acesso e utilização dos serviços, é socialmente determinada. Travassos e Castro (2008) ressaltam:

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais.

A pobreza ocupa relevância central na visão ampliada sobre saúde, assim como no entendimento sobre o conceito de desenvolvimento para a Abordagem das Capacitações. Quanto mais inclusivo for o alcance dos serviços de saúde, maior será a probabilidade de um aumento no potencial dos cidadãos de determinado país auferirem renda e, assim, superarem a pobreza (CRESPO; GUROVITZ, 2002). Entretanto, nota-se que a redução da pobreza de renda não pode ser o único objetivo das políticas públicas, uma vez que renda elevada não significa, necessariamente, capacidades maiores.

O processo de desenvolvimento é contínuo e interdependente, ou seja, as diferentes formas de liberdade relacionam-se, fortalecendo umas às outras. As liberdades políticas ajudam a promover oportunidades sociais, como os serviços de saúde, os quais facilitam a participação econômica. As facilidades econômicas, por sua vez, auxiliam na obtenção de renda individual, além da geração de recursos para os serviços públicos (CRESPO; GUROVITZ, 2002).

No campo da saúde coletiva, existe uma discussão sobre a diferença entre igualdade e equidade. O princípio de equidade emerge no período contemporâneo, associado às estratégias de pesquisa e às políticas públicas que visam a superar a desigualdade dos grupos minoritários. Enquanto igualdade significa a distribuição homogênea para cada pessoa de uma mesma quantidade de bens e serviços, equidade considera que as pessoas são diferentes e têm necessidades distintas (SCOREL, 2009). O princípio de equidade estabelece, portanto, um parâmetro de distribuição heterogêneo e introduz a diferença em questões de justiça (RIBEIRO, 2015).

Conforme destacado na 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000):

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades.

Promover a equidade em saúde não é um privilégio, é “[...] ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade” (BRASIL, 2017). A promoção da equidade em saúde visa reconhecer as diferenciações sociais e, assim, ampliar o acesso das populações vulneráveis ao SUS.

Com o processo de consolidação da democracia no Brasil, a partir da década de 1980, as reivindicações dos movimentos sociais por direitos ganharam visibilidade, exigindo a

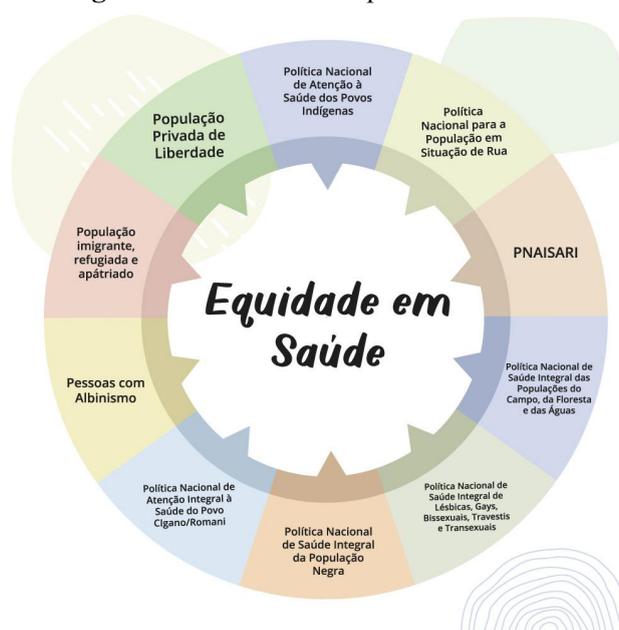
criação de Políticas de Atenção Integral à Saúde de grupos vulneráveis. Posteriormente, estas políticas foram agrupadas no que o Ministério da Saúde denominou de Políticas de Promoção de Equidade em Saúde (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

Em consulta ao site institucional do Ministério da Saúde, é possível verificar que as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são definidas como “um conjunto de programas e ações governamentais de saúde, no âmbito do SUS, pensados para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b).

Nesse sentido, são apresentadas a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, entre outras (vide Figura 1).

A importância das políticas de promoção da equidade está relacionada com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão expostos, estabelecendo um conjunto de ações e capacitações que considerem suas especificidades. Apesar de mencionados no site institucional do Ministério da Saúde como um grupo em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde, ainda é inexistente uma Política Nacional de Saúde Integral da População Migrante e Refugiada no Brasil.

Figura 1 - Políticas de Equidade em Saúde



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b

O sentido das políticas, seus desdobramentos nas concepções da universalização e da focalização, é tópico de discussão frequente no que diz respeito à formulação e à estruturação de serviços de saúde. Algumas perspectivas defendem que políticas públicas específicas para migrantes podem fortalecer as desigualdades, enquanto a inclusão dessas populações nas políticas públicas pensadas em uma perspectiva integral e transversal favorece a integração e a prevenção de violações de direitos (LUSSI, 2015).

Este trabalho propõe a reflexão sobre formas de atenção que permitam o acesso aos serviços de saúde por grupos com diferentes situações de vulnerabilidade. Que tipo de organização os serviços de saúde devem desenvolver para contemplar as necessidades imediatas e as particulares de populações marginalizadas, bem como permitir o acompanhamento de seus problemas de saúde?

Defende-se que as políticas públicas para migrantes não devem estar dissociadas dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Particularmente no que se refere à garantia da equidade, é preciso reconhecer a existência de grupos que não são integralmente atingidos pelas ações de saúde para, então, reformular os processos técnico-assistenciais no interior dos serviços.

3 O ACESSO DE IMIGRANTES E REFUGIADOS À SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa, em termos constitucionais, uma afirmação de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (SOUZA; COSTA, 2010). A sua criação tem origem no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), constituído por amplas mobilizações da sociedade brasileira a favor da democracia e contrária à mercantilização da saúde; um movimento que postulava uma sociedade inclusiva e solidária, defendendo a saúde como direito universal de cidadania (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Além da democratização da saúde (antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade), a implementação do SUS também “introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, a de não 'esperar' a demanda 'chegar' para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, representando, assim, um instrumento real de reorganização da demanda” (VIANA; DAL PÓZ; 1998).

Desde a década de 1980, a partir da inclusão da saúde no texto constitucional, foram criadas um conjunto de leis voltadas à organização e à implementação do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, além de inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde.

Ocorre que a generosidade expressa nas normativas jurídicas brasileiras quanto à universalidade do acesso ao sistema público de saúde esbarra na superlotação, na falta de médicos, na escassez de medicamentos e na precariedade generalizada do serviço em diversos pontos do país (SAMPAIO, 2013).

Estudos têm ressaltado o fato de que apenas a existência de serviços disponíveis não garante o acesso, uma vez que diversos fatores interferem na sua utilização, como características culturais e econômicas da população, fluxos e rotinas dos serviços e graus de satisfação do usuário na utilização dos serviços (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Os imigrantes e refugiados são ainda mais atingidos nesse contexto, haja vista que não existe no Brasil um marco regulatório que trate de atendimento a essas populações no Sistema Único de Saúde. Além disso, as novas dinâmicas dos fluxos internacionais têm evidenciado graves problemas enfrentados por esse grupo, como a inserção precária no mercado de trabalho, as condições de vida comprometidas pela não inclusão de direitos e os

atos de racismo - principalmente direcionados a imigrantes negros (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

A ideia de garantir os mesmos direitos civis essenciais para os nacionais e para os imigrantes, domiciliados ou em passagem, está relacionada com a construção de um novo cenário de justiça social, embasada na equidade, na ética e no respeito aos direitos humanos, transcendendo fronteiras (SANTOS; MEDEIROS, 2017).

As normativas jurídicas precisam alcançar a existência concreta da vida social e transformar as suas condições em vista do exercício da liberdade e da realização pessoal. Esta seção pretende, portanto, discutir sobre as liberdades formais (ou seja, o que está disposto na legislação) e as liberdades substantivas (ou seja, a realidade presenciada na ponta) no que tange ao acesso da população imigrante à saúde pública no Brasil.

3.1 LIBERDADE FORMAL: LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A inserção na agenda pública brasileira da atenção integral à saúde da população imigrante e refugiada decorre da mudança de paradigma expressa na concepção de saúde como direito social e dever do Estado e nas garantias conquistadas com a promulgação da Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017 (Lei de Migração).

O Estado Brasileiro, além do disposto na legislação interna, se comprometeu, por meio de diversos tratados internacionais, a respeitar, proteger e realizar o direito à saúde, bem como satisfazer as necessidades dos grupos de mais alto risco que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.

Dentre os tratados internacionais que o Brasil é signatário, destaca-se a Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, um documento marco na história que estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos, tal como o acesso à saúde e à promoção do bem-estar, sem qualquer discriminação.

Também em 1948 foi fundada a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual contou com a colaboração de sanitaristas brasileiros que contribuíram para que a agência alcançasse seu principal objetivo de considerar a saúde como direito fundamental de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, país de origem, condição econômica ou social (CUETO, 2020). A OMS entende que, dentre os propósitos do desenvolvimento social e econômico, estão as melhorias na saúde e no bem-estar de todas as pessoas.

No âmbito da América Latina, 134 países e 67 organismos internacionais participaram da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1978. Na ocasião, foi outorgado, inclusive pelo Brasil, o reconhecimento mundial ao conceito de atenção primária à saúde para todos os indivíduos, além do cumprimento de metas e campanhas de informação pública (OPAS, 1978).

Em respeito à legislação interna, o direito à saúde está previsto na Carta Magna brasileira como um direito fundamental, enquadrado na segunda geração de direitos, os chamados direitos sociais, previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 em seu Art. 6º:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Cumpra destacar o Art. 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ou seja, o direito à saúde é garantido a todos os cidadãos, incluindo-se os imigrantes, refugiados, solicitantes de refúgio e apátridas, sendo dever do Estado, o qual deve ser prestado de forma a atender a todos que dela necessitem sem desigualdade. Conforme o Art. 5º da Constituição Federal de 1988:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, dentro dos termos vigentes (BRASIL, 1988).

A partir da década de 1980, com a criação do SUS e o processo de redemocratização do Brasil, inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde foram publicados. Ressalta-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

A referida Lei, sancionada em 1990, determina que mesmo as pessoas não ligadas à previdência e inclusive aquelas sem documento de identificação possuem o direito de usufruir do SUS. Como consta no Art. 2º, “não se pode impor qualquer tipo de obstáculo ao acesso ao

SUS, seja relativo à cidadania, renda, classe social e titularização de plano privado de assistência médica (BRASIL, 1990)”.

Considerando-se as normativas jurídicas apresentadas até então, é evidente que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde é assegurado por diversos dispositivos legais como a Constituição Federal de 1988 e as próprias diretrizes do SUS. Entretanto, não é possível discutir sobre a inserção na agenda pública brasileira da atenção integral à saúde da população imigrante e refugiada sem mencionar a Lei nº 13.445, promulgada em 24 de maio de 2017.

Conhecida como a nova Lei de Migração, o texto substitui o Estatuto do Estrangeiro, de 1980, que estava em vigor até então. O advento da nova Lei de Migração representou uma mudança paradigmática ao substituir o antigo Estatuto - baseado em uma lógica de segurança pública que considerava migrantes potenciais ameaças à segurança nacional –, para um paradigma baseado nos direitos humanos (PEREIRA; BRAGE, 2021).

A atual legislação apresenta uma visão contemporânea e compatível com o intenso fluxo migratório em marcha no mundo, além de considerar a migração como um fenômeno da humanidade, simplificando, assim, diversos procedimentos administrativos para o imigrante. Facilitou-se o processo de obtenção de documentos para legalizar a permanência do imigrante no Brasil, bem como o acesso ao mercado de trabalho formal e aos serviços públicos. Os imigrantes não podem mais ser presos por estarem de modo irregular no país e, diferente do Estatuto do Estrangeiro, permite que se manifestem politicamente, associando-se a reuniões políticas e sindicatos.

No que tange o acesso aos serviços de saúde, está disposto no Art. 4º:

Ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como são assegurados:

(...)

VIII - 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; (...) (BRASIL, 2017)

A universalidade da cobertura é uma característica que torna o Sistema Único de Saúde um dos maiores e mais ambiciosos programas sociais do mundo. A importância da abrangência do SUS é tamanha que em 2018, através da Portaria Interministerial nº 8, foi criada a Autorização de Residência para Tratamento de Saúde. Ou seja, estabeleceram-se procedimentos a serem adotados em relação à tramitação dos pedidos de visto temporário

para imigrantes que ingressam no país com objetivo de usufruir dos serviços de saúde, incluindo o SUS (BRASIL, 2018).

Uma questão especialmente importante para a população imigrante é a ausência da obrigatoriedade de documento de identificação para acesso aos serviços públicos de saúde. A Portaria MS/GM nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, estabelece, no Art. 4º, como objetivos do Cartão “i) identificar o usuário das ações e serviços de saúde; ii) possibilitar o cadastramento dos usuários das ações e serviços de saúde, com validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular (BRASIL, 2011)”. Ademais, é detalhado no Art. 23 que “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)”.

É preciso destacar, no entanto, que em nenhuma Portaria ou normativa jurídica do Ministério da Saúde estão descritos, de forma clara, quais são os documentos necessários que os nacionais de outros países, residentes no Brasil, devem apresentar para emitir o Cartão Nacional de Saúde, conhecido como Cartão do SUS. Em consulta ao site institucional do Governo Federal constata-se apenas a informação de que “todo cidadão brasileiro ou estrangeiro que mora no país pode obter o Cartão Nacional de Saúde” (UNA-SUS, 2015).

Conclui-se que a legislação brasileira assegura que os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são universais, gratuitos e de acesso igualitário por todos os indivíduos presentes em território brasileiro. Todos os cidadãos, inclusive os imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiados, têm direito de ser atendidos em qualquer unidade pública de saúde.

De forma geral, institucionalmente, não existe qualquer restrição que impeça ou dificulte o acesso ao SUS. Em contrapartida, a esfera legal e administrativa não se faz suficiente no alcance da equidade (SANTOS; MEDEIROS, 2017), haja vista que as normativas jurídicas esbarram nas dificuldades enfrentadas pelas populações migrantes.

Os direitos formais são insuficientes se estiverem limitados à esfera das normas e dos valores, considerando-se que as garantias jurídicas precisam alcançar a existência concreta da vida social dos indivíduos. A próxima subseção pretende discutir acerca das liberdades substantivas (ou seja, a realidade presenciada nos serviços) no que tange ao acesso das populações migrantes à saúde pública no Brasil.

3.2 LIBERDADE SUBSTANTIVA: (IN)ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO MIGRANTE AO SUS

O crescimento dos fluxos migratórios no Brasil traz à tona o debate referente à responsabilidade dos estados e municípios na garantia dos direitos sociais básicos às populações migrantes, como o direito à saúde (MEDEIROS; SANTOS, 2017). Conforme apresentado no tópico anterior, ao migrante é garantido no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, o acesso a serviços públicos, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória.

No entanto, apesar das garantias dispostas na legislação brasileira, existem algumas problemáticas envolvidas na assistência integral à saúde da pessoa migrante, como, por exemplo, o não domínio do idioma do país receptor, a ocidentalização da saúde, a discriminação e o desconhecimento das especificidades culturais pelos profissionais dos serviços (GUERRA; VENTURA, 2017).

É necessário destacar que possíveis deficiências relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS) não são enfrentadas exclusivamente por imigrantes. Na verdade, a maioria dos problemas são comumente encontrados e discutidos entre a população nacional (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018), uma vez que as causas estão relacionadas com a falta de investimento e a má gestão dos recursos. Segundo relatório da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) de 2019, o Brasil está entre os últimos do grupo de países desenvolvidos ou emergentes em investimento em saúde, com um gasto per capita 30% abaixo da média (OECD, 2019).

A instituição do Teto de Gastos foi um golpe profundo no já fragilizado direito à saúde, visto que a Emenda Constitucional nº 95 de 2016 impede o crescimento real dos gastos do governo por vinte anos (2017 a 2036). O Teto de Gastos desvincula as despesas com saúde de percentuais progressivos da receita do governo, de modo que o montante direcionado ao financiamento do SUS não acompanhará o crescimento do produto e da renda, e nem as transformações demográficas. A medida, além de afetar o financiamento da saúde pública, estimula a utilização de saúde privada (PESSOA, 2021).

No que tange ao Sistema Único de Saúde (SUS), os efeitos são graves. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), os desafios mais frequentes são a falta de

médicos (58,1%), a demora para atendimento em postos, centros de saúde ou hospitais (35,4%) e a demora para conseguir uma consulta com especialistas (33,8%) (IPEA, 2022).

Os problemas mencionados acima são acentuados na assistência aos imigrantes e refugiados, tendo em vista que estes enfrentam comumente, no país de acolhimento, dificuldades relacionadas às desigualdades socioeconômicas e à precariedade no acesso ao mercado de trabalho, moradia e educação (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018).

É pertinente tornar a problemática do acesso das populações migrantes como uma questão central para a área da saúde, uma vez que suas condições de vida determinam processos de saúde-doença muito diferenciados, demandando novos arranjos tecnoassistenciais e políticas públicas específicas (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

No decorrer desta seção, são apresentadas contribuições de pesquisas empíricas realizadas nas últimas décadas, as quais relacionam as temáticas da migração e do acesso à saúde no Brasil. O propósito da revisão bibliográfica é evidenciar que fatores como o não domínio do idioma do país receptor, o desconhecimento da universalidade do SUS, as questões de gênero e a discriminação são determinantes no desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas, bem como no acesso diferenciado a direitos (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

3.2.1 MULHERES IMIGRANTES: ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Sabe-se que a gravidez é influenciada por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e da qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis em determinado território (TREVISAN et al, 2002).

A assistência pré-natal, por sua vez, é um importante componente da atenção à saúde das mulheres. As dificuldades no acesso, o início tardio e o número inadequado de consultas afetam sua qualidade e efetividade, trazendo riscos à saúde da mãe e do recém-nascido (VIELLAS et al, 2014). No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu um protocolo com critérios a serem observados durante o acompanhamento pré-natal, no qual é recomendada a realização de no mínimo seis consultas para uma gestação, além da realização de exames laboratoriais e clínico-obstétricos.

No artigo “Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso”, Delma Riane Rebouças Batista, Silvia Angela Gugeimin e Ana Paula Muraro realizam um estudo transversal de base secundária, com análise de registros de nascimento do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) em Mato Grosso entre 2013 e 2015, de crianças brasileiras, filhos de mães brasileiras e de mães de nacionalidade haitiana (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018). Foram avaliadas variáveis relativas à identificação do recém-nascido e da mulher, dados maternos sobre histórico gestacional, incluindo informações sobre o acompanhamento pré-natal da última gestação, além das características do parto.

Identificou-se que foi menor a proporção de mães de nacionalidade haitianas que tiveram pelo menos 6 consultas pré-natais e maior a proporção de partos vaginais, quando comparadas às brasileiras. Também foi maior a prevalência de baixo peso ao nascer entre os nascidos vivos de mães haitianas (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018).

Há indícios de que os resultados obtidos sobre o número de consultas pré-natais e o percentual de crianças com baixo peso ao nascer estão relacionados com o perfil socioeconômico das mulheres imigrantes no Mato Grosso e, de forma geral, no Brasil. De acordo com estudo realizado pelo Observatório das Migrações Internacionais (OBMIGRA), em 2019, sobre movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal desse grupo populacional, foi possível notar um aumento no número de emissão de carteiras de trabalho para imigrantes mulheres, com destaque para as haitianas e venezuelanas, nos últimos cinco anos, vide Tabela 1 (CAVALCANTI et al, 2019).

Outro ponto que chama atenção são os altos índices de desligamentos e o baixo saldo empregatício das mulheres imigrantes no país em todos os anos da série histórica. Tal fato indica que há um alto índice de rotatividade laboral, o que pode levar a uma maior vulnerabilidade para as mulheres imigrantes. Ademais, é relevante enfatizar que as mulheres imigrantes ainda ocupam menos de 30% dos postos de trabalho formais, quando comparado com os homens imigrantes que estão no mercado de trabalho formal (CAVALCANTI et al, 2019).

Tabela 1 - Movimentação de trabalhadoras imigrantes no mercado de trabalho formal no Brasil, por ano (2011 - 2019)

Ano	Admissões	Desligamentos	Saldo
2011	11.030	9.268	1.762
2012	12.945	11.217	1.728
2013	17.557	14.112	3.445
2014	23.180	18.933	4.247
2015	22.002	20.336	1.666
2016	17.773	20.324	- 2.551
2017	18.702	16.159	2.543
2018	21.485	17.136	4.349
2019	28.096	21.226	6.870

Fonte: Elaborado pelo OBMigra, a partir dos dados do Ministério da Economia, base harmonizada RAIS-CTPS-CAGED, 2020

A relação entre eixos de marginalização - como raça, gênero e classe - evidencia que as iniquidades operam em conjunto para moldar as experiências dos indivíduos, resultando em discriminações que são contextuais e interseccionais (OLIVEIRA; BASTOS; MORETTI-PIRES, 2021). É fundamental relacionar fatores como desemprego, baixa remuneração, ausência de suporte social e exposição à violência, uma vez que estes influenciam nas taxas de acompanhamento necessárias durante a gravidez, o parto e pós-parto.

As mulheres imigrantes tendem a revelar piores indicadores porque enfrentam dificuldades particulares em termos socioeconômicos e de saúde, conforme indica o perfil laboral desse grupo populacional no Brasil (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013). Por fim, cumpre destacar que, muitas vezes, o acompanhamento pré-natal representa o primeiro contato das mulheres imigrantes com os serviços públicos de saúde, o que eleva a necessidade de organização e conhecimento das especificidades culturais por parte dos profissionais da saúde para o atendimento adequado de suas reais necessidades.

3.2.2 DOMÍNIO DO IDIOMA DO PAÍS DE ACOLHIMENTO

A comunicação humana pode ser verbal, quando expressa por fala e escrita, ou não verbal, quando envolve manifestações de comportamento não expressas por palavras, como gestos, silêncios, expressões faciais e postura corporal (DA SILVA et al., 2000). Nos atendimentos da rede de atenção à saúde, a comunicação é uma ferramenta indispensável para

manter um relacionamento próximo com os pacientes, orientar sobre os cuidados a serem prestados, reduzir a ocorrência de erros, gerar confiança e segurança.

Entre os profissionais da saúde e os pacientes, a comunicação configura-se em um elemento essencial no cuidado. Entendida como o alicerce das relações interpessoais, o cuidado, nesta perspectiva, associa-se à prática de comunicar-se. Para um atendimento humanizado e integral, é necessário que a equipe de saúde esteja engajada a estabelecer uma relação, através do diálogo, na qual o paciente é sujeito do cuidado e não passivo a ele (BROCA; FERREIRA, 2018).

As barreiras linguísticas são elementos chaves que fragilizam o acesso pleno aos direitos humanos dos imigrantes e refugiados, especialmente tratando-se de grupos em situação de vulnerabilidade (BALESTRO; PEREIRA, 2019). A compreensão do processo de saúde-doença é prejudicada pela dificuldade da comunicação, impedindo-os de manter uma comunicação efetiva com a equipe de saúde. É importante destacar também que a dificuldade em compreender a doença e o tratamento ao qual estão sendo submetidos pode acarretar em sofrimento e frustração, uma vez que estão impossibilitados de expressarem o que sentem.

No estudo “A comunicação no processo de hospitalização do imigrante japonês”, publicado por Rosa Yuka Sato Chubaci e Miriam Aparecida Barbosa Merighi, foram entrevistados imigrantes japoneses internados em hospital na cidade de São Paulo. Quanto aos resultados, a pesquisa identificou que os pacientes enfrentam dificuldade para compreender a doença e o tratamento, sofrimento por não conseguirem se comunicar com os profissionais da saúde, bem como insegurança e arrependimento pelo não domínio do idioma português (CHUBACI; MERIGHI, 2002).

A ausência de intérpretes e profissionais qualificados para atender aos imigrantes que chegam ao Brasil acarreta em obstáculos no que tange à utilização dos serviços públicos básicos, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Julia Alanen (2009), a falta de intérpretes impede que esses indivíduos tenham acesso a recursos e serviços fundamentais para a sua segurança e bem-estar. Privar as pessoas do “acesso linguístico”, conforme denomina a autora, “ameaça a dignidade humana, exacerba a vulnerabilidade inata de muitos imigrantes e prejudica a sociedade em geral ao impedir a eficácia dos sistemas de saúde e justiça” (ALANEN, 2009).

Conclui-se que, para migrantes que não dominam a língua portuguesa, a dificuldade linguística pode prejudicar o acesso às instituições de saúde, bem como a comunicação com

os profissionais, comprometendo a expressão de queixas e sintomas e o entendimento das orientações e dos encaminhamentos (MARTINO, 2022). Disponibilizar serviços de interpretação e tradução é fundamental para que as pessoas não-proficientes no idioma do país de acolhimento possam alcançar o exercício de direitos inalienáveis como direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

3.2.3 DESCONHECIMENTO DA UNIVERSALIDADE DO SUS

Estudos recentes apontam que a generosidade expressa nas normativas jurídicas quanto à universalidade do acesso ao sistema público de saúde não é de conhecimento de grande parte da população imigrante residente no país. Na monografia “A percepção dos imigrantes haitianos em relação ao acesso ao Sistema Único de Saúde brasileiro”, Edilene Reinehr Nienov realiza uma pesquisa qualitativa descritiva, através de entrevistas não estruturadas, com nacionais do Haiti residentes no Rio Grande do Sul.

Questionados sobre suas experiências, a maioria dos entrevistados declara que já utilizou os serviços do SUS, especialmente o atendimento ambulatorial e os programas de vacinação. No entanto, os relatos evidenciam que a procura pelos serviços públicos de saúde é realizada, em grande medida, por imigrantes que residem há mais tempo no país de acolhimento, uma vez que estes possuem maior conhecimento de seus direitos e da universalidade do SUS (NIENOV, 2016).

Em razão do desconhecimento de seus direitos, muitas pessoas migrantes recorrem aos serviços de saúde apenas em casos mais graves ou em fases avançadas, o que acarreta em riscos à vida do sujeito e, por vezes, implica em tratamentos mais custosos ao Estado (MARTINO, 2022). Sabe-se que mulheres imigrantes grávidas e indocumentadas tendem a iniciar o acompanhamento médico de forma tardia por temerem a denúncia às autoridades (WOLFF et al, 2008); mesmo que, no caso brasileiro, a situação documental irregular não impeça o acesso ao SUS.

É importante destacar que, quando se trata de saúde pública, é garantido que qualquer pessoa seja atendida, mesmo sem portar documento de identificação, como a Carteira de Identidade (RG), o Cadastro de Pessoa Física (CPF), o Registro Nacional Migratório (RNM) e o Cartão do SUS. Entretanto, há falta de informação e de preparo adequado dos profissionais de saúde, como enfermeiros e médicos, quanto aos direitos dos imigrantes,

especialmente para a confecção do Cartão Nacional de Saúde, conhecido como Cartão do SUS. Conforme constatado por Puccini (2013):

(...) o detalhe aparentemente simples de exigência de RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento para efetivar o cadastro do Cartão do SUS corre o risco de se tornar mais uma dificuldade ou dúvida frente ao direito de atendimento, também para pessoas indocumentadas, que pode gerar uma desnecessária contradição.

A busca pelas portarias e legislações como forma de empoderamento dos profissionais, na execução do seu ofício, os aproxima dos caminhos a serem seguidos (encaminhamentos, condutas e direitos dos imigrantes), e essas ações transpõem a oferta de capacitação dos serviços e remetem ao comprometimento com a assistência prestada às populações migrantes.

O atendimento aos imigrantes e refugiados, especialmente àqueles em situação de vulnerabilidade socioeconômica, é complexo e deve ser convergente em todos os níveis. Para isso, é importante que, além da dedicação do profissional na busca de conhecimento, a gestão estimule, ofereça subsídios físicos e capacite as equipes em todos os níveis de saúde. Assim, o alcance da rede de atendimento se tornará acolhedor e humanizado.

3.2.4 DISCRIMINAÇÃO, XENOFOBIA E RACISMO

Entre os anos 1970 e 1980, no contexto de lutas dos movimentos feministas negros nos Estados Unidos, os debates sobre “interseccionalidade” ganharam força. Segundo a teórica e professora Kimberlé Crenshaw (2002), esse conceito diz respeito à “forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras”.

Um exemplo para entender este conceito sociológico é a posição das mulheres em sociedades patriarcais. Uma mulher nascida no Brasil vivencia problemas diferentes de mulheres nascidas em Estados teocráticos. Da mesma forma, mulheres brancas têm uma vivência distinta das mulheres negras e uma mulher com deficiência enfrenta desafios que mulheres sem deficiência não enfrentam.

A ideia de interseccionalidade serve como um instrumento de luta política, da inclusão de grupos minoritários, incluindo os negros, os índios, os imigrantes não brancos e a

comunidade LGBTQIA+, da afirmação dos direitos humanos e em favor da justiça social (IGNACIO, 2020).

É apropriado aplicar as contribuições da abordagem interseccional no processo de formulação de políticas públicas eficazes, uma vez que a interseccionalidade, enquanto uma ferramenta, inspira as políticas que “transversalizam” raça, gênero e classe. Por isso, o conceito é utilizado, nesta seção, para compreender as desigualdades e a sobreposição de opressões e discriminações existentes no acesso à saúde no Brasil.

Sabe-se que os princípios doutrinários do SUS estão interconectados e as lacunas na universalidade e na equidade interferem na integralidade da atenção (SANTOS; MEDEIROS, 2017). Da mesma forma, fatores econômicos, culturais, de gênero e de raça/cor incidem sobre os corpos dos sujeitos e suas experiências (OLIVEIRA; BASTOS; MORETTI-PIRES, 2021).

Para enfrentar as iniquidades, a abordagem interseccional defende que padrões populacionais de saúde, doença e bem-estar são consequências dos modos de vida e trabalho de cada grupo social, determinados pelo arranjo econômico e político da sociedade, de tal maneira que é impossível a separação entre o biológico, o social e o psíquico (OLIVEIRA; BASTOS; MORETTI-PIRES, 2021).

O Brasil é um país profundamente marcado por iniquidades tanto nas condições quanto no acesso aos serviços públicos (OLIVEIRA; BASTOS; MORETTI-PIRES, 2021).. Em relatório institucional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reafirma que as desigualdades quanto à saúde e à assistência sanitária dos grupos étnicos e raciais são evidentes e dentre as explicações de tais desigualdades o racismo é uma das mais preocupantes (OMS, 2001).

A discriminação na área da saúde afeta preponderantemente as populações negras e indígenas. É importante destacar que mulheres negras, por exemplo, sofrem discriminação qualitativamente diversa daquela vivida por homens negros ou por mulheres brancas, retratando uma realidade diversa do racismo vivido por homens negros e do sexismo vivido por mulheres brancas (RIOS; SILVA, 2015). Do mesmo modo, imigrantes e refugiados, especialmente negros e pardos, pobres e moradores de regiões periféricas das cidades brasileiras, encontram-se em peculiar situação de vulnerabilidade em âmbitos variados da vida social.

O “Perfil Socioeconômico dos Refugiados no Brasil”, publicado em 2019 pela Agência da ONU para Refugiados (ACNUR) e a Cátedra Sérgio Vieira de Mello (CSVM), é

um marco na produção de conhecimento sobre o tema do refúgio no Brasil. Para a realização do trabalho de campo foi elaborado um desenho amostral considerando a população refugiada no país. Com o intuito de analisar diversas variáveis sociodemográficas e laborais, 500 entrevistas foram aplicadas em 8 estados (os quais concentram 94% dos refugiados sob a proteção do governo brasileiro) (ACNUR, 2019).

Quanto aos resultados, destaca-se que, em relação à raça ou cor, 59% dos entrevistados autodeclararam-se negros (46%) e/ou pardos (12,74%). Além disso, 41% do refugiados alegaram ter sofrido algum tipo de discriminação; a xenofobia foi o motivo de 73,5% deles. O fato de ser negro (atos racistas) aparece em segundo lugar (52%). Por fim, 12,5% dos refugiados que sofreram discriminação vinculam o ato à sua orientação sexual, agravando o quadro de vulnerabilidade dessa parcela da população.

Como bem destacado por Carmem Lussi (2015):

As desigualdades que discriminam e excluem têm relação com a vulnerabilidade que expõe os sujeitos à exclusão. Ser imigrante ou refugiado, por si só, não significa ser vulnerável, mas a migração pode representar uma condição que favorece e até leva a pessoa a passar por situações de vulnerabilidade, como as que são favorecidas pela exaltação da especificidade migratória, assim como acontece também onde se verifica a negação das diversidades que os sujeitos que migram levam consigo.

Ou seja, dentre os desafios que imigrantes e refugiados enfrentam no Brasil estão formas e situações em que as desigualdades de que são portadores se transformam em fatores de exclusão ou de discriminação (LUSSI, 2015). O preconceito, o racismo e a xenofobia são considerados determinantes sociais das iniquidades e das condições de saúde no país, impactando também na qualidade e na efetividade do acesso aos serviços públicos.

As possíveis deficiências da atenção à saúde, apesar de usualmente enfrentadas pela população nacional, são acentuadas nas populações migrantes. A situação migratória implica em vulnerabilidades e especificidades, como a falta de redes de suporte, as barreiras linguísticas, o choque cultural, a exclusão, dentre outros fatores apresentados no decorrer desta seção.

3.3 PANDEMIA DA COVID-19: REFLEXOS NOS DIREITOS DE IMIGRANTES E REFUGIADOS

No dia 11 de março de 2020, Tedros Adhanom, diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou que a instituição elevou à pandemia o estado de contaminação de Covid-19, causada pelo vírus Sars-Cov-2. Os impactos da doença, em escala global, foram mais acentuados para populações marginalizadas, por estarem expostas a múltiplos fatores de risco à saúde e ao desenvolvimento integral.

Diante da conjuntura internacional de pandemia e das crises sanitária, econômica e humanitária, as vulnerabilidades das populações migrantes tendem a ser acentuadas e evidenciadas. Entre diversos desafios enfrentados, o acesso aos serviços públicos em tempos de pandemia adquire novos obstáculos.

Em artigo publicado em maio de 2020, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) retratou a condição dos migrantes venezuelanos que, sem renda e documentação, passaram a enfrentar situações cada vez mais adversas, em meio à pandemia, na busca por abrigo em outros países da América Latina e do Caribe (SAMANIEGO; BELTRAND; AASEN, 2020).

A partir da compreensão de que o ato de migrar não é um delito e de que nenhum ser humano é ilegal, a ausência de documentos e formalidades não devem impedir o acesso aos direitos que dignificam a existência humana. A atual legislação migratória no Brasil, enquanto Estado de destino de imigrantes internacionais, apresenta políticas migratórias que autorizam a permanência no país, sobretudo ao que concerne a garantia de uma condição humana àqueles que migram.

Conforme definido pelo Glossário sobre Migração (2009, p. 63) da Organização Internacional para Migrações (OIM), a regularização migratória consiste em “qualquer processo através do qual um país autoriza os estrangeiros em situação irregular a obter um estatuto legal no país”. Assim, a política migratória brasileira rege-se pelo princípio da promoção de entrada regular e de regularização documental.

Ademais, os procedimentos regulamentados através de portarias interministeriais, comumente do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MEJSP) e do Ministério das Relações Exteriores (MRE), tratam da concessão de autorização de residência e dispõem que os interessados poderão apresentar o requerimento de autorização de residência em uma das

unidades da Polícia Federal, autoridade responsável pelos procedimentos migratórios (BRASIL, 2017).

Durante a pandemia do Covid-19, o Brasil testemunhou graves retrocessos, trazendo novamente à tona temas como as deportações sumárias, a criminalização da migração “indesejável” e a reprodução da lógica securitária (PEREIRA; BRAGE, 2021). Por meio da Portaria nº 120, de março de 2020, foi proibida a entrada no país, por rodovias ou meios terrestres, de nacionais da República Bolivariana da Venezuela e impedida a solicitação da condição de refúgio dos referidos indivíduos (BRASIL, 2020).

Em março de 2020, a Diretoria Executiva da Polícia Federal publicou a Mensagem Oficial Circular nº 04, com orientações sobre as atividades de Polícia de Imigração, tendo em vista o cenário de restrição de mobilidade que se estabelecia no país decorrente da Covid-19. Nas novas normativas, os serviços de emissão de Passaportes e de Regularização Migratória de imigrantes, mesmo que previamente agendados, foram suspensos e limitados às situações consideradas de extrema necessidade, segundo avaliação da unidade (POLÍCIA FEDERAL, 2020a). Além disso, estabeleceu-se que os prazos migratórios, como o vencimento de vistos, protocolos, carteiras e outros documentos, estariam todos suspensos a partir do dia 16 de março, retornando-se a contagem somente ao final da situação de emergência de saúde pública declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

As restrições aos atendimentos na Polícia Federal, ao adiar ou impedir o acesso à documentação que atesta regularidade da situação migratória, implicam na perda de direitos na prática, uma vez que reforçam as vulnerabilidades dos migrantes. Em decorrência desse e outros fatores relacionados às medidas de controle da pandemia no Brasil, verificou-se a redução do número de solicitações de reconhecimento da condição de refugiado³ em comparação a 2019. Embora os procedimentos de recepção, regularização e acolhimento estejam debilitados, cumpre compreender que os fluxos migratórios continuam ocorrendo, apesar da atual crise.

³ O procedimento para reconhecimento do status de refugiado inicia-se com a entrada do solicitante no Brasil e o pedido de refúgio perante um funcionário da Polícia Federal. Conforme o artigo 21 da Lei 9.474/1997 (que define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951), o protocolo provisório é expedido pela Polícia Federal e serve de base legal para a estada do solicitante no Brasil até a decisão do CONARE sobre sua solicitação, e permitirá a expedição de Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) provisória (JUBILUT, 2007).

Tabela 2 - Solicitações de Refúgio no Brasil (2019 - 2020)

Solicitações de Refúgio no Brasil		
Mês/Ano	2019	2020
Janeiro	8.712	6.817
Fevereiro	7.272	5.561
Março	11.505	5.774
Abril	5.816	669
Mai	6.205	222
Total	33.156	19.075

Fonte: SOUZA, 2020

As consequências da suspensão dos atendimentos pela Polícia Federal são evidenciadas na dificuldade de acesso de imigrantes e refugiados aos benefícios assistenciais do Governo Federal, como o Auxílio Emergencial, ao mercado de trabalho formal e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Embora estes sejam direitos garantidos pela Lei nº 13.445/2017, a Nova Lei de Migração, a inoperância dos procedimentos de regularização migratória, somada à precarização das políticas públicas, são responsáveis pelo acentuamento das vulnerabilidades destas populações.

No que tange ao Auxílio Emergencial, a Lei nº. 13.982/2020 estabelece “medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus”. A lei concede aos trabalhadores informais e de baixa renda o direito à receber auxílio emergencial no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais), desde que cumpridos os critérios de elegibilidade, e abrange todos os residentes no país, sejam nacionais, imigrantes ou refugiados (BRASIL, 2020a).

Cumprir destacar que o Art 4º da Lei nº. 13.445/2017 (BRASIL, 2017), a Lei de Migração, garante ao migrante 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”. No entanto, a garantia dos direitos e dos eventuais benefícios assistenciais, como o Auxílio Emergencial, esbarra em diversos empecilhos.

Uma das principais dificuldades que as populações migrantes enfrentam diz respeito à burocracia e à falta de informação das instituições públicas e bancárias, principalmente a Caixa Econômica Federal (CEF), com especial atenção à documentação válida para o saque

do Auxílio. Seguramente, a Carta Circular nº 3.813, do Banco Central, dispõe sobre os documentos hábeis para identificação do depositante, inclusive em se tratando de migrantes residentes no País, como a Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM), o Protocolo do Pedido de Refúgio e o Passaporte. No entanto, seja por exigências desproporcionais e irregulares, seja por desconhecimento da legislação pela instituição financeira e seus funcionários, muitos imigrantes procuram a Defensoria Pública da União (DPU)⁴ após serem impedidos de abrir contas bancárias, sacar benefícios sócio-assistenciais e, até mesmo, acessar fisicamente as agências.

Ademais, diante da atual crise sanitária, econômica e política, acompanha-se diariamente nos noticiários o quanto as populações mais vulneráveis economicamente têm tido dificuldades para seguir as regras do distanciamento social, bem como têm sido as mais afetadas pela pandemia (MARTINS; PESSOA, 2020). Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de desemprego no Brasil subiu para 9,3% no segundo trimestre de 2022, atingindo 10,1 milhões de pessoas (IBGE, 2022).

Embora o Brasil seja signatário de diferentes tratados internacionais e possua uma Constituição cidadã e a Lei de Migração, ambas consideradas avançadas do ponto de vista dos direitos sociais, a questão da inserção laboral de imigrantes evidencia contradições ainda não superadas. Os trabalhadores migrantes, sobretudo os oriundos de países periféricos e do Sul Global, acabam sendo empregados nos setores com maior estatística de acidentes de trabalho, recebem salários menores, além da discriminação racial e xenofóbica.

Segundo Baeninger e Canales (2018, p. 327), “a questão da certificação profissional e da regularização migratória é um ponto nevrálgico no que diz respeito à inserção no mercado de trabalho”. Sabe-se que a primeira ação adotada pelos imigrantes que chegam ao Brasil é a regularização de sua situação migratória; o movimento inicial desta população é a solicitação de refúgio ou de autorização de residência no país. Uma vez que a abertura desse processo leva à emissão de um protocolo que permite a obtenção da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), o acesso à documentação migratória é fundamental para garantir a efetivação do direito ao trabalho.

⁴ A DPU, que atua na defesa dos direitos individuais e coletivos, vem assumindo um papel relevante com a prestação de assistência jurídica especializada em todas as unidades. Os defensores públicos federais atuam em temas de direito migratório como a obtenção de autorizações de residência, naturalização, defesa em processos de deportação e expulsão, acompanhamento e defesa em processos de solicitação de refúgio e outros. Também viabilizam acesso a direitos básicos, como saúde, educação, assistência social, bancarização e trabalho.

Outro reflexo importante da pandemia diz respeito ao acesso de imigrantes e refugiados à saúde pública no Brasil. Sabe-se que as populações migrantes enfrentam, frequentemente, impasses que afetam a busca por atendimento de saúde e a consequente qualidade e eficácia dos serviços. Tais obstáculos acabam sendo somados às peculiaridades do novo coronavírus, agravando situações de vulnerabilidade (MARTINO, 2022).

Conforme discutido na seção anterior, o não domínio do idioma do país receptor acarreta em dificuldades para imigrantes e refugiados compreenderem o funcionamento do sistema de saúde, assim como seus direitos e como reivindicá-los. Em um contexto de pandemia e aumento da circulação de informações, as barreiras linguísticas impactam ainda mais a localização de fontes confiáveis de dados, orientações e notícias sobre as medidas de prevenção, como, por exemplo, o distanciamento social e o uso de máscaras.

Seja no conhecimento das características de uma doença na população, seja na elaboração de estratégias para enfrentá-la, os estudos epidemiológicos são fundamentais para guiar o planejamento das ações em saúde (MARQUES, 2021). Entretanto, durante a pandemia, o Governo Federal absteve-se de criar políticas de atenção às especificidades das populações migrantes. Segundo Pereira e Brage (2021), “não houve, em momento algum, coleta e divulgação desagregada de dados sobre contágio e mortalidade de migrantes no Brasil por Covid-19”. Em consulta às plataformas institucionais do Ministério da Saúde, não é possível identificar o impacto da pandemia nesse grupo, bem como fazer relações de acordo com raça e renda.

Ainda no que tange ao poder público, as restrições aos atendimentos na Polícia Federal desde março de 2020, ao adiar ou impedir o acesso à documentação que atesta regularidade da situação migratória, implicam que muitos migrantes procurem tardiamente os serviços públicos de saúde, quando em caso de irregularidade migratória ou indocumentação, pelo medo de serem denunciados (MARTINO, 2022).

Atuante na garantia dos direitos humanos e na defesa das pessoas em situação de mobilidade humana, a Defensoria Pública da União (DPU) apresentou relatório ao Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH). O documento alerta sobre possíveis violações de direitos de imigrantes e refugiados no Brasil durante a pandemia de Covid-19. De acordo com o texto, muitos imigrantes que não têm conhecimento sobre o procedimento das políticas migratórias acabam sem os direitos sociais assegurados. As dificuldades para emissão da CTPS, dos documentos migratórios na Polícia Federal e do

cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) foram citadas no relatório como situações de vulnerabilidade e violação de direitos.

Diante da ineficiência do Governo Federal, a articulação da sociedade civil organizada representa o engajamento em lutas sistêmicas e estruturais. Diversos movimentos constituídos por imigrantes e aliados brasileiros surgiram durante a pandemia, como a campanha "Regularização já", mobilizada nas redes sociais pela regularização migratória de pessoas indocumentadas, e a Primeira Plenária Nacional sobre Saúde e Migração, cujo tema foi "Saúde e Migração em Tempos de Covid-19", realizada em junho e agosto de 2021.

Na medida em que o Estado brasileiro ausentou-se de coletar dados sobre o impacto da Covid-19 em imigrantes e refugiados, informações imprescindíveis para a formulação de políticas eficazes de resposta à pandemia, o movimento "Vacina Para Todos" exigiu que as campanhas de vacinação fizessem esforços para alcançar essas populações.

Importante destacar que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) conjuga vários fatores positivos do Sistema Único de Saúde (SUS): é um programa que previne doenças e mortes, que oferece equidade e universalidade, pois atende a toda a população indistintamente, oferta vacinas de alta qualidade de forma contínua e permanente no País inteiro, com atendimento de alta qualidade. Entretanto, no caso da Covid-19 no Brasil, houve omissão do Ministério da Saúde na condução de uma estratégia nacional ampla e bem definida, provocando desafios políticos e institucionais que ameaçam o adequado enfrentamento da pandemia.

A exigência compulsória da apresentação de documentos brasileiros para acesso às vacinas contra Covid-19, como o CPF e o comprovante de residência, foram amplamente exigidos por prefeituras de todo o Brasil – e, no ordenamento administrativo do SUS, o município tem independência para gerir suas políticas de saúde (PEREIRA; BRAGE, 2021). A questão da comprovação de residência é especialmente delicada para as populações migrantes, pois sabe-se que muitos indivíduos compartilham

Conclui-se, portanto, que a pandemia de Covid-19 impactou profundamente as camadas mais vulneráveis da sociedade, deteriorando as condições de vida já precarizadas da população imigrante e refugiada no Brasil (ESPINOZA; ZAPATA; CASTRO, 2021). Nesse contexto, as organizações da sociedade civil e os movimentos constituídos por migrantes atuaram para sanar as demandas não atendidas pelo poder público.

4 MIGRAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E SAÚDE NA PRÁTICA: O CASO DE PORTO ALEGRE

Na introdução, apresentou-se o panorama dos fluxos migratórios internacionais em direção ao território brasileiro na última década (2011 a 2020). Este capítulo abordará o perfil das migrações internacionais para o estado do Rio Grande do Sul e, em particular, para a capital Porto Alegre.

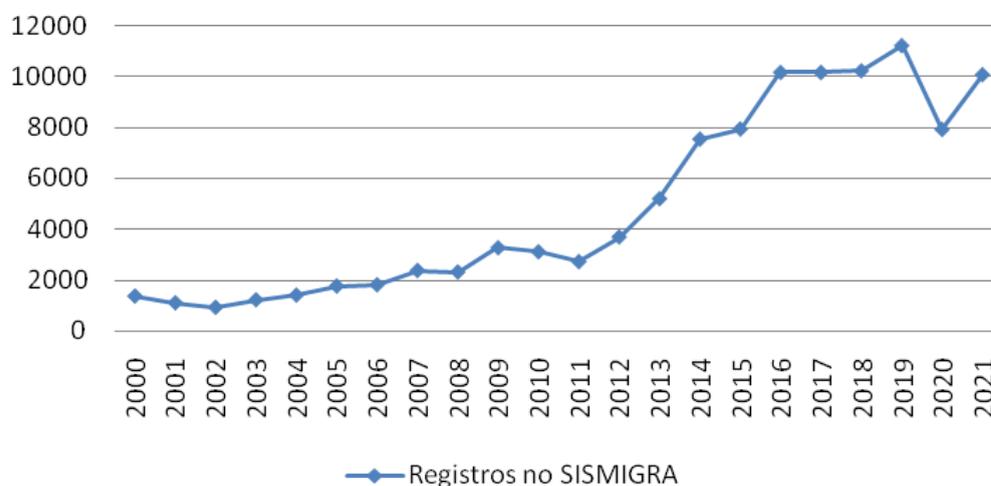
O Rio Grande do Sul, historicamente, constituiu-se como destino e polo de atração de fluxos migratórios. As primeiras migrações internacionais que ocorreram em direção ao estado, nos séculos XIX e XX, compostas predominantemente por alemães, italianos, espanhóis e poloneses, tinham objetivo de povoar o sul do Brasil, produzir alimentos em pequenas propriedades de terra e, em menor escala, promover o branqueamento da população (UEBEL, 2015).

A partir dos anos 2000, verifica-se um crescimento dos fluxos migratórios em direção ao Brasil e ao Rio Grande do Sul, em termos de quantidade de novos imigrantes, mas também na diversificação das nacionalidades que compõem este panorama migratório. Diversos aspectos geopolíticos, sociais e econômicos influenciaram esse fenômeno, como, por exemplo, a atratividade econômica do país e do estado, o fortalecimento dos acordos comerciais do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) e a maior projeção do Brasil no exterior, aliada às restrições à entrada de imigrantes na Europa e nos Estados Unidos.

A Figura 2 apresenta a evolução dos cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) de imigrantes residentes no RS, entre os anos de 2000 a 2021, segundo as informações do Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA)⁵.

⁵ O SISMIGRA é a base de dados com os registros da Polícia Federal de imigrantes que entraram com pedido de cadastro para a emissão do Registro Nacional Migratório (RNM). Os números do SISMIGRA não representam a totalidade de imigrantes no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, porém são úteis para dimensionar a procura por regularização migratória nos anos de 2000 a 2021. Os dados utilizados neste trabalho foram obtidos em consulta ao site institucional do SISMIGRA: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/microdados/1733-obmigra/dados/microdados/401205-sismigra>

Figura 2 - Cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) de imigrantes residentes no RS - 2000 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do SISMIGRA

Apesar da evolução constante de imigrantes no estado do Rio Grande do Sul entre 2000 a 2010, observa-se um *boom* migratório nos anos de 2010 e 2014, caracterizado por um salto quantitativo expressivo (UEBEL, 2016). De acordo com os números do SISMIGRA, os cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) aumentaram 142% em 4 anos (no período de 2010 a 2014).

Os dados do último Censo Demográfico, realizado em 2010, indicam uma população total de 50.156 imigrantes distribuídos em 464 municípios do estado. A maior parte dos imigrantes e refugiados que moram no Rio Grande do Sul é proveniente de países como Haiti, Uruguai, Argentina, Senegal e Venezuela, com idade, majoritariamente, entre 18 e 39 anos⁶. As cidades mais procuradas são Porto Alegre, Canoas, Caxias do Sul, Bento Gonçalves e Santana do Livramento.

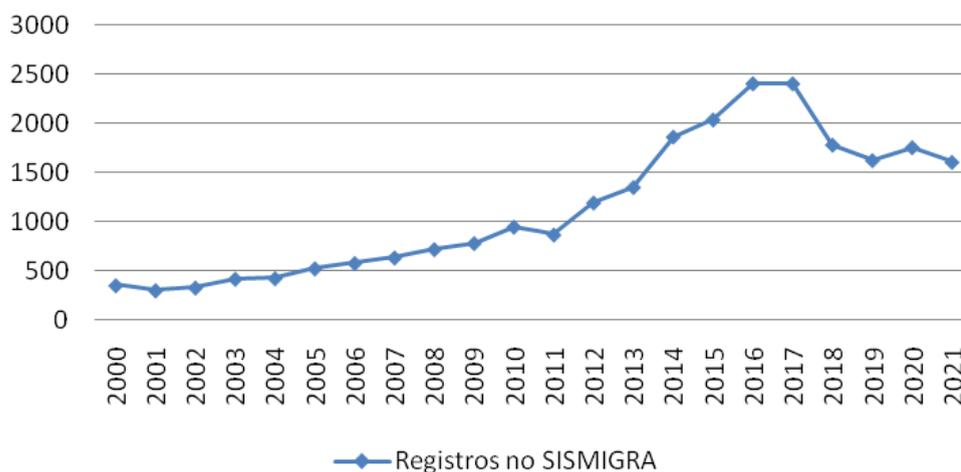
A Prefeitura Municipal de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, estima que cerca de 30 mil imigrantes residem na cidade. Entretanto, é importante destacar que o número de imigrantes não regularizados permanece incerto diante da dificuldade em coletar dados a respeito desse grupo.

Semelhante ao anterior, a Figura 3 apresenta a evolução dos cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) de imigrantes residentes no município de Porto

⁶ Os números oficiais foram obtidos do levantamento realizado, em X, pelo Departamento de Economia e Estatística (DEE) da Secretaria Estadual de Planejamento, Governança e Gestão (SPGG). O estudo é baseado em três fontes de dados: o Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA), a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o Cadastro Único (CAD).

Alegre, entre os anos de 2000 a 2021, segundo as informações do Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA).

Figura 3 - Cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) de imigrantes residentes em Porto Alegre - 2000 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do SISMIGRA

O Centro Ítalo-Brasileiro de Assistência e Instrução aos Migrantes (CIBAI), uma das principais instituições que oferecem acolhimento e auxílio para imigrantes no Rio Grande do Sul e com sede em Porto Alegre, divulgou que nos últimos dez anos foram cadastrados na entidade indivíduos vindos especialmente do Haiti (35,7%), Uruguai (14,3%), Senegal (9,9%), Argentina (7,7%), Peru (4,9%), Venezuela (3,2%) e Bolívia (1,1%) (CIBAI, 2019).

Apesar dos fluxos crescentes, o número de imigrantes e refugiados residentes no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre ainda é expressivamente baixo em comparação com a população brasileira. Estima-se que o estado possui 11,29 milhões e a capital quase 1,5 milhão de pessoas, conforme o último levantamento do IBGE.

Uma conquista recente foi a inclusão da população imigrante e refugiada, residente no Brasil, no Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A ação conta com o apoio das duas agências da ONU, a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e o Alto Comissariado da ONU para Refugiados (ACNUR). Os resultados do Censo possibilitarão atualizar o número da população de imigrantes e refugiados, bem como identificar onde moram e como vivem.

Conhecer o perfil sociodemográfico dos imigrantes e refugiados é imprescindível para elaboração de políticas públicas efetivas e de qualidade, inclusive as de saúde. Conforme constatado por Carballo (2005), a análise das questões relacionadas com a saúde dos/as

migrantes depende das características de quem migra, de onde se migra, de quando se migra, para onde se migra e qual o conceito de saúde que está a ser avaliado.

Indicadores de renda e pobreza, de acesso domiciliar a saneamento básico, energia elétrica e pavimentação, de ocupação, subocupação e desemprego, de evasão e atraso escolar de crianças, de analfabetismo de adultos, de mortalidade, entre outros, são essenciais para o dimensionamento de demandas sociais, proposição de políticas e programas e para orientação do investimento público nos serviços (JANNUZZI, 2016).

O próximo tópico pretende, portanto, apresentar o panorama do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela população migrante e refugiada em Porto Alegre, destacando os aspectos sociodemográficos que influenciam na utilização (ou não) dos serviços públicos.

4.1 PANORAMA DO ACESSO AO SUS EM PORTO ALEGRE

Em Porto Alegre, segundo os dados da Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre (PROCEMPA), via Prontuário Eletrônico e-SUS da Atenção Básica (AB), em janeiro de 2020, cerca de 3.313 imigrantes estavam com cadastro ativo no Cartão Nacional de Saúde e acessavam a Atenção Primária à Saúde (APS) (PORTO ALEGRE, 2021).

Quantitativamente, é possível mensurar o acesso da população migrante à saúde pública através dos dados do Cartão Nacional de Saúde (CNS), ou seja, o documento de identificação do usuário do SUS. Este registro contém as informações de cada indivíduo como os dados pessoais, os contatos e os documentos. O CNS, conhecido como Cartão do SUS, também possibilita a criação do histórico de atendimento de cada cidadão por meio do acesso às bases de dados dos sistemas envolvidos neste histórico, por exemplo, o sistema de atenção básica, o sistema hospitalar, o sistema de dispensação de medicamentos, etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

Considerando a estimativa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre que aproximadamente 30 mil residem na cidade e 3.313 foram identificados com o Cartão do SUS, este número representa menos de 10% do total de imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiados no município. Quais os motivos da discrepância entre o número de imigrantes que moram em Porto Alegre e o número de imigrantes que acessam o Sistema Único de Saúde?

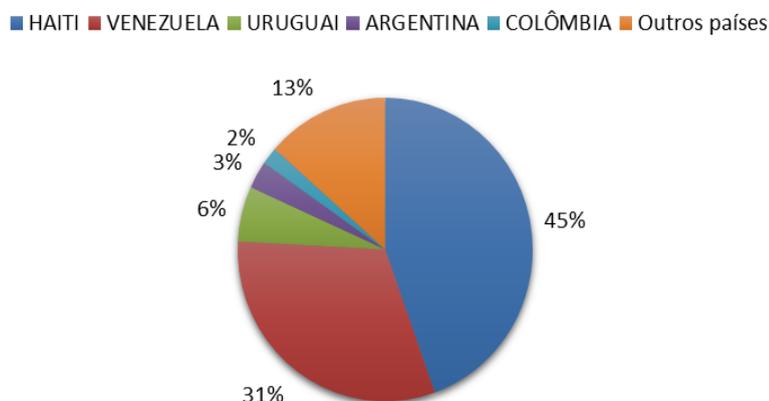
Preliminarmente, é preciso compreender o perfil sociodemográfico das populações migrantes no município e os fatores que interferem na utilização (ou não) dos serviços

públicos. As informações que serão apresentadas a seguir correspondem aos dados obtidos através do Prontuário Eletrônico e-SUS da Atenção Básica (AB), referente ao período de 2020 e 2021. As informações foram disponibilizadas à autora pela Área Técnica da Saúde do Imigrante, que compõe o Núcleo de Equidades da Coordenação de Políticas Públicas em Saúde - CPPS da Diretoria de Atenção Primária em Saúde - DAPS, após trâmite institucional e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/POA.

Sabe-se que, dentre os aproximadamente 30 mil imigrantes que residem em Porto Alegre, as principais nacionalidades correspondem a haitianos, uruguaios, senegaleses, argentinos, venezuelanos e bolivianos. O panorama migratório é caracterizado por deslocamentos Sul-Sul e as principais populações de imigrantes e refugiados são oriundas de regiões como América Latina e Caribe e África.

A Figura 4 evidencia que nacionais do Haiti (45%), da Venezuela (31%), do Uruguai (6%), da Argentina (3%) e da Colômbia (2%) representam aproximadamente 87% dos/as imigrantes vinculados/as à Atenção Básica em Saúde do município nos anos de 2020 e 2021.

Figura 4 - Imigrantes vinculados à APS/POA, por país de origem (2020 - 2021)



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados da Área Técnica da Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA)

Apesar de não corresponderem à totalidade de imigrantes em Porto Alegre, as informações do SISMIGRA são relevantes para mensurar o número de imigrantes que moram no município e o número de imigrantes que acessam o Sistema Único de Saúde. A Tabela 3 apresenta a quantidade de cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) de imigrantes residentes em Porto Alegre e a quantidade de imigrantes vinculados à APS/SUS na cidade, nos anos de 2020 e 2021.

Tabela 3 - Total de imigrantes registrados no SISMIGRA e total de imigrantes vinculados à APS/POA, por nacionalidade (2020 - 2021)

	2020	2021	2020 - 2021
	Total de Registros no SISMIGRA (Residentes em POA)	Total de Registros no SISMIGRA (Residentes em POA)	Total de Registros no SISMIGRA (Residentes em POA)
			Total de imigrantes vinculados à APS/POA (Cadastros e-SUS)
Haiti	953	381	1334
Venezuela	356	871	1227
Uruguai	32	16	48
Argentina	42	43	85
Colômbia	79	63	142
Peru	45	32	77
Senegal	151	16	167
Cuba	0	37	37
Paraguai	23	18	41
Estados Unidos	13	62	75

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do SISMIGRA e da Área Técnica da Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA)

Com base nos dados, as nacionalidades que possuem os maiores índices de registros no SISMIGRA, em 2020 e 2021, são haitianos, venezuelanos e senegaleses. Entretanto, observa-se que os imigrantes do Senegal residentes em Porto Alegre, apesar de quantitativamente serem uma das principais populações do município, possuem baixos números de cadastros no e-SUS (ao contrário dos imigrantes do Haiti e da Venezuela).

Os diferentes índices de vinculação à Atenção Primária em Saúde em Porto Alegre podem estar relacionados com o panorama das migrações para o estado do Rio Grande do Sul, bem como para a capital gaúcha. Destacam-se os casos dos imigrantes oriundos do Haiti, do Senegal e da Venezuela, três populações numerosas nos níveis federal, estadual e municipal, porém com perfis sociodemográficos distintos.

Em sua tese, Uebel (2016) aponta que uma das principais diferenças entre a população nacional do Haiti e a população nacional do Senegal residentes no Rio Grande do Sul é que, de forma geral, os haitianos migram com seus familiares e os senegaleses tendem a migrar sozinhos. A extensa, cara e perigosa rota realizada de Dakar, capital do Senegal, até o Rio Grande do Sul, é um fator que contribui para que o perfil da migração senegalesa no estado seja majoritariamente masculino e em idade laboral.

A atuação profissional de ambas as nacionalidades concentra-se em indústrias. Entretanto, a diferença dos imigrantes senegaleses para os imigrantes haitianos está no fato dos primeiros atuarem com o comércio informal de produtos em diferentes cidades, enquanto os segundos estão vinculados, majoritariamente, em empregos formais (GUILHERME, 2017).

A imprevisibilidade e a informalidade da atuação laboral dos imigrantes, em especial dos senegaleses, são destacadas por Guilherme (2017) como um aspecto que dificulta a concentração no mesmo território durante longo período de tempo, impossibilitando a vinda dos familiares que estão no país de origem.

A migração venezuelana, por sua vez, é mais recente do que os fluxos senegaleses e haitianos e apresentou-se de forma crescente a partir de 2016. Segundo a "Pesquisa Perfil Sociodemográfico e Laboral da Migração Venezuelana no Brasil", o perfil migratório do imigrante venezuelano é jovem, em idade laboral e com graus elevados de desemprego. Ao serem questionados sobre se possuem intenções de retornar ao seu país de origem, quase metade dos imigrantes (46,7%) disseram que não tinham intenção de retorno (SIMÕES et al, 2017).

Os três principais fluxos migratórios - senegaleses, haitianos e venezuelanos - procuram no Brasil melhores condições de vida e incremento na renda. No entanto, uma semelhança importante entre a população haitiana e a população venezuelana diz respeito à expectativa de construção de um projeto de vida familiar no Brasil, devido às remotas chances de crescimento econômico nos seus países de origem.

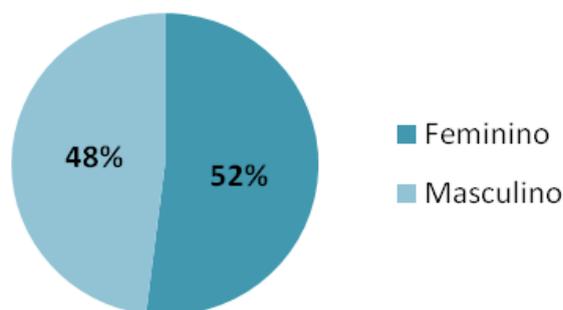
As características mencionadas acima sobre os diferentes perfis sociodemográficos das populações migrantes são relevantes para refletir acerca do acesso aos serviços públicos, inclusive os de saúde. Um imigrante que se desloca com a família terá uma dinâmica de acesso aos serviços diferente em comparação com um imigrante jovem que se desloca sozinho para fins de trabalho, por exemplo.

É evidente que os imigrantes e refugiados possuem especificidades culturais, econômicas e sociais, a depender da nacionalidade e do perfil migratório. O uso dos indicadores sociodemográficos permite conhecer as características dessas populações e as suas demandas, ao longo do tempo, no território onde vivem.

Sendo assim, outro aspecto relevante é a diferença de gênero no acesso à saúde pública pelas populações migrantes em Porto Alegre. No período de 2020 a 2021, os registros

do gênero “feminino” corresponderam a 52% e os registros do gênero “masculino” a 48% do total de imigrantes vinculados à Atenção Primária em Saúde.

Figura 5 - Imigrantes vinculados à APS/POA, por gênero (2020 - 2021)



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados da Área Técnica da Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA)

A prevalência do gênero feminino pode estar relacionada com aspectos culturais, que perpassam as sociedades patriarcais. Um desses aspectos é que, frequentemente, as mulheres são as principais responsáveis pelos cuidados da família e pelos cuidados da própria saúde, incluindo a reprodutiva, acarretando em maior nível de cadastros e de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde.

Outra hipótese para o predomínio do gênero feminino diz respeito à saúde materno-infantil que, muitas vezes, representa o primeiro contato com os serviços públicos de saúde. Alguns estudos observaram que as mulheres estão entre os migrantes/refugiados que mais buscam os serviços justamente em razão dos atendimentos envolvendo pré-natal, parto e pós-parto (BATISTA; GUGELMIN; MURARO, 2018)⁷.

Uma semelhança interessante entre a população brasileira e a população imigrante é que, no Brasil, as mulheres também são as principais usuárias da atenção básica (IBGE, 2019). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelam que, em 2019, 17,3 milhões (10,7%) de pessoas de 18 anos ou mais de idade procuraram algum serviço da Atenção Primária à Saúde (APS) nos seis meses anteriores ao levantamento. Entre elas, 69,9% eram mulheres; 53,8% não tinham uma ocupação e 64,7% tinham renda domiciliar per capita inferior a um salário mínimo.

⁷ Vislumbra-se, como continuidade da presente pesquisa, analisar os registros de nascidos vivos de mulheres brasileiras e de mulheres imigrantes em Porto Alegre, através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), a fim de comprovar a hipótese mencionada.

As informações sob o recorte de gênero permitem analisar o padrão de acesso dos senegaleses, haitianos e venezuelanos à saúde. A Tabela 4 evidencia que, entre a população venezuelana e a população haitiana, as mulheres foram as que mais estiveram vinculadas à APS em Porto Alegre nos anos de 2020 e 2021. Referente à população senegalesa, foram identificados registros de 20 (vinte) homens e 1 (uma) mulher no mesmo período; números expressivamente baixos, haja vista a população total de senegaleses que residem no município.

Tabela 4 - Total de imigrantes haitianos, venezuelanos e senegaleses vinculados à APS/POA, por gênero (2020 - 2021)

	Total (2020 + 2021)	
	Feminino	Masculino
Haiti	503	457
Venezuela	354	323
Senegal	1	20

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados da Área Técnica da Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA)

Conforme destacado anteriormente, os senegaleses constituem-se como uma população formada majoritariamente por homens jovens, solteiros e pais de família desacompanhados, evidenciando que o deslocamento para fins de trabalho é a principal motivação dos senegaleses saírem de seu país de origem (HERÉDIA, 2015). Cabe ressaltar que a migração laboral senegalesa não é recente; ao contrário, autores como Sakho et al (2015) argumentam que é um fenômeno recorrente na sociedade senegalesa, impulsionado pela colonização e pela organização do Estado⁸. Além disso, cerca de 94% da população senegalesa é muçulmana e as mulheres praticamente não fazem parte da população economicamente ativa - o que pode explicar o perfil migratório masculino (UEBEL, 2016).

No caso da população haitiana, principalmente após o *boom* de 2014, acentuou-se a participação de mulheres nos fluxos migratórios, assim como idosos e crianças. Os venezuelanos, de forma semelhante, tendem a migrar com familiares. De acordo com a

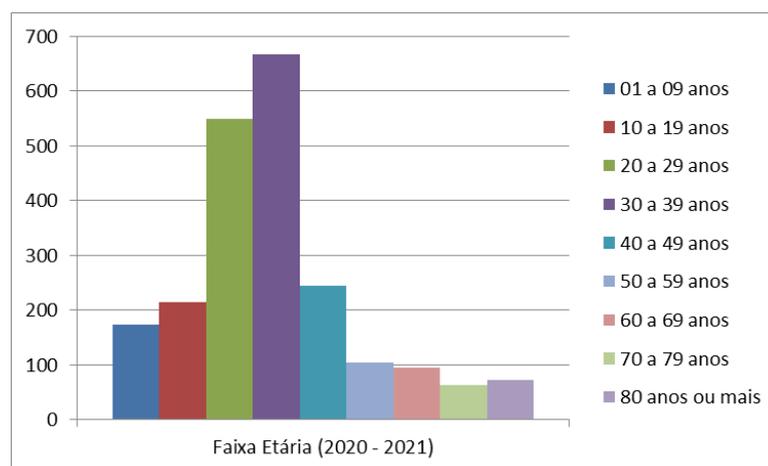
⁸ Kleidermacher (2013) defende que as migrações senegalesas recentes são frutos de estratégias familiares e formas de promoção do status socioeconômico da unidade familiar. Ou seja, a família investe recursos expressivos para o indivíduo que tem o perfil masculino e jovem e, em contrapartida, as remessas monetárias são enviadas para o país de origem como uma obrigação moral pelos sujeitos migrantes (KLEIDERMACHER, 2013; GUILHERME, 2017).

pesquisa “Perfil Sociodemográfico e Laboral da Migração Venezuelana no Brasil”, a maioria dos imigrantes venezuelanos não pretende retornar tão cedo à Venezuela, o que sinaliza a permanência em solo brasileiro por tempo indeterminado (SIMÕES et al, 2017).

Pode-se concluir que a discrepância entre o número de mulheres imigrantes senegalesas que estão vinculadas à APS em Porto Alegre, em comparação com as mulheres imigrantes haitianas e venezuelanas, está relacionada com os diferentes perfis migratórios dessas populações e as quantidades de mulheres que compõem os fluxos migratórios em direção à cidade.

Outro resultado encontrado, com base nos dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA), diz respeito às faixas etárias dos imigrantes e refugiados que acessam os serviços de saúde em Porto Alegre, conforme a Figura 6.

Figura 6 - Imigrantes vinculados à APS/POA, por faixa etária (2020 - 2021)



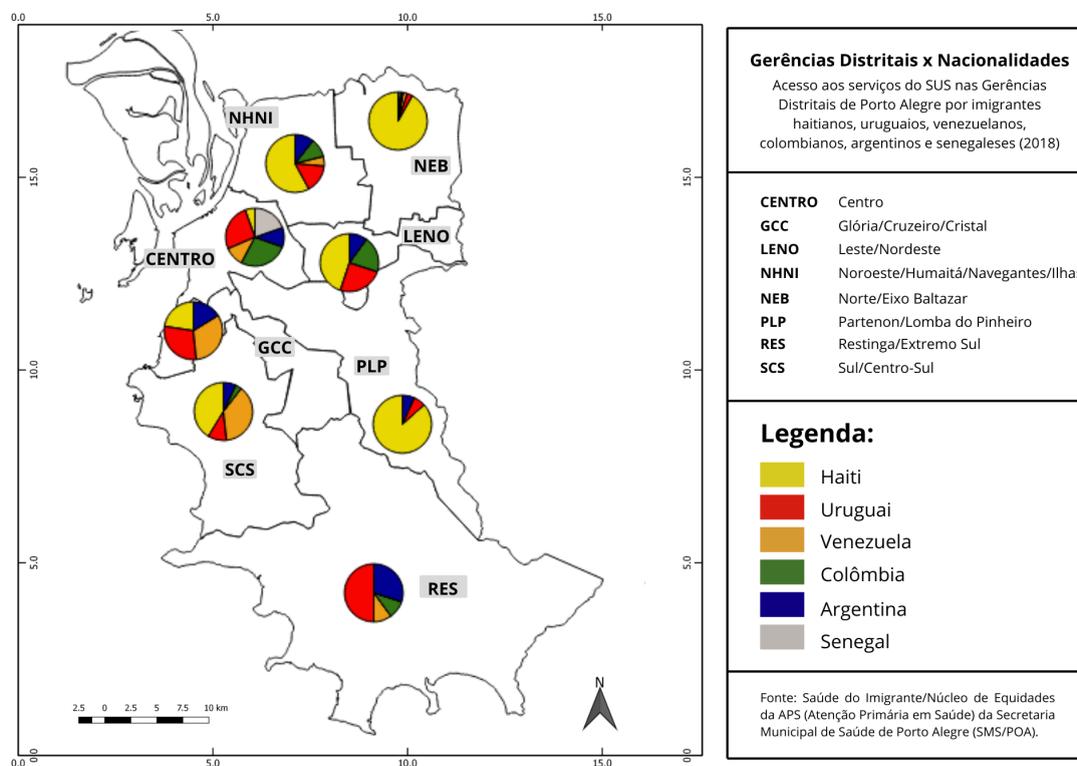
Fonte: Elaborado pela autora com base em dados da Área Técnica da Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA)

Em termos de idade, observa-se que a grande maioria dos imigrantes que acessam a APS em Porto Alegre estão na faixa etária de 20 a 39 anos. Esse perfil está alinhado com o panorama dos fluxos migratórios globais: três em cada quatro migrantes internacionais estão em idade produtiva (20 a 64 anos). Em 2019, 202 milhões de migrantes internacionais – 74% do total – tinham esta faixa etária (OIM, 2019).

Por fim, através do Software QGIS, plataforma de sistema de informação geográfica que permite a visualização, edição e análise de dados georreferenciados, realizou-se mapeamento do acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) nas Gerências

Distritais de Porto Alegre por imigrantes haitianos, uruguaios, venezuelanos, colombianos, argentinos e senegaleses.

Figura 7: Acesso aos serviços do SUS nas Gerências Distritais de Porto Alegre (2018)



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados da Área Técnica da Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA)

O mapa “Gerências Distritais x Nacionalidades” evidencia que a população haitiana acessa, majoritariamente, os serviços das Gerências Distritais NEB (Norte/Eixo Baltazar) e PLP (Partenon/Lomba do Pinheiro). A população venezuelana está dispersa em várias regiões da cidade de Porto Alegre, porém a maior concentração é na Gerência Distrital Centro. A população senegalesa, por sua vez, também acessa majoritariamente a Gerência Distrital Centro, o que provavelmente está relacionado com a atividade comercial dos imigrantes senegaleses na região central de Porto Alegre.

É possível afirmar que os serviços de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre estão regionalizados de forma a terem equipes atuantes em todos os locais onde residem migrantes. Inserir-se no território, constituindo relações pró-ativas com a comunidade de sua responsabilidade, favorece o estabelecimento mais efetivo do cuidado em saúde, pois, além de permitir identificar problemas e priorizar intervenções, cria vínculos contínuos com os

assistidos, possibilitando individualizar suas necessidades e organizar processos particulares de cuidado (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

4.2 DADOS DA PLATAFORMA MIGRACIDADES

A plataforma “MigraCidades: Aprimorando a Governança Migratória Local no Brasil” é fruto da parceria entre a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com o apoio da Escola Nacional de Administração Pública. O objetivo da iniciativa é promover a capacitação dos atores institucionais nos âmbitos municipais e estaduais, bem como estimular o engajamento e o interesse desses governos na formulação e desenvolvimento de políticas públicas.

O MigraCidades é constituído por um conjunto de ações que inclui o processo de certificação, curso online e um banco de dados de boas práticas dos governos municipais e estaduais. Por meio do processo de certificação, os próprios estados e cidades participantes levantam e fornecem dados acerca das 10 dimensões de governança migratória estabelecidas pelo projeto.

Figura 8 - 10 Dimensões De Governança Migratória Local



Fonte: MIGRACIDADES, 2020

Com a intenção de publicizar os resultados no âmbito do MigraCidades, interpretar os dados obtidos e subsidiar as redes de apoio e acolhimento de migrantes, foram criados, em 2021, os “Diálogos MigraCidades”. As informações fornecidas por 21 municípios e 6 estados brasileiros engajados em 2020 no processo de certificação da plataforma foram examinadas, no âmbito do “Diálogos MigraCidades”, por estudantes da graduação e da pós-graduação que integram o Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão sobre Migrações (NEPEMIGRA) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Sendo assim, são analisadas nesta seção as respostas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre acerca da dimensão “Acesso à Saúde”. As informações, coletadas e concedidas no Processo de Certificação MigraCidades do ano de 2020, foram organizadas em 4 eixos: 1) ‘acesso’, 2) ‘capacitação, divulgação e recorte de gênero’, 3) ‘dados’ e 4) ‘governança’.

Quanto à metodologia, primeiramente, são apresentados os resultados das assertivas respondidas no Formulário para Verificação de Dimensões de Governança Migratória no Âmbito Local, divididas nos já mencionados quatro eixos. Os quadros trazem o texto da assertiva e, na cor cinza, as afirmações assinaladas pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

O primeiro eixo corresponde ao tópico “Acesso”. A partir das respostas, verifica-se que Porto Alegre certifica a universalidade e a integralidade do SUS à medida que reconhece as pessoas migrantes como beneficiárias dos serviços de atenção primária, ambulatorial e hospitalar à saúde, inclusive de forma desburocratizada. No entanto, quando questionado sobre orientações, fluxos e protocolos, o município sinaliza a inexistência de políticas de acesso específicas à população migrante.

Cumprido ressaltar que Porto Alegre identificou que “os serviços de atenção primária em saúde estão regionalizados de forma a terem equipes atuantes em todos os locais onde residem migrantes”. De fato, existem Unidades Básicas de Saúde regionalizadas de forma uniforme pela cidade e, conforme mapa ‘Gerências Distritais x Nacionalidades’ elaborado pela autora, a Secretaria Municipal de Saúde possui dados atualizados dos bairros e zonas de residência das populações migrantes.

Quadro 1 - Afirmações assinaladas por Porto Alegre referentes ao Eixo ‘Acesso’

Afirmações	Porto Alegre
As pessoas migrantes têm acesso a serviços de atenção primária em saúde.	
As pessoas migrantes têm acesso a encaminhamento para serviços de atenção ambulatorial e hospitalar	
O acesso aos serviços de saúde é feito de forma desburocratizada (exemplo: sem exigência de documentos nacionais e/ou facilitação no cadastro para o Cartão SUS).	
Existem orientações, fluxos ou protocolos estabelecidos na rede de saúde para facilitação e qualificação do acesso, acolhimento e atendimento em saúde para migrantes.	
Os serviços de atenção primária em saúde estão regionalizados de forma a terem equipes atuantes em todos os locais onde residem migrantes.	

Fonte: Elaborado pela autora com base em Diagnósticos MigraCidades 2020

No que tange ao eixo “Capacitação, divulgação e recorte de gênero”, entre as nove afirmações disponíveis - referentes às três dimensões desta categoria - apenas uma foi assinalada por Porto Alegre: indica a capacidade de identificar violência doméstica ou de gênero por parte dos profissionais de saúde.

O município de Porto Alegre absteve-se nos campos que dizem respeito i) ao acolhimento, ii) à compreensão das diversidades culturais que podem estar relacionadas a questões de gênero e iii) à comunicação em diferentes idiomas evidencia a incompletude da aptidão necessária para o enquadramento das potenciais vítimas, bem como para o seu devido amparo. A capital do estado do Rio Grande do Sul também atesta não ter realizado no ano de 2019 campanhas de conscientização sobre o direito à saúde dos migrantes. Esse cenário evidencia a falha persistente em prover a consciência dos próprios direitos à população migrante e, por conseguinte, compromete a dimensão do acesso, de modo que o migrante deixa de procurar auxílio pois desconhece tal possibilidade.

Outro ponto que deve ser destacado é que Porto Alegre respondeu não ser factível comunicar-se em diferentes idiomas com os profissionais de saúde. Sabe-se que, mesmo com a liberdade formal de acesso, a integralidade e a condução do atendimento condicionam-se à viabilidade de comunicação. Uma vez que os servidores apresentam-se incapazes de compreender a situação do paciente, acaba comprometido o encaminhamento correto da

peessoa migrante conforme suas particularidades - que podem envolver questões culturais, de gênero e de violência e acarretar deficiências também nessas áreas.

Quadro 2 - Afirmações assinaladas por Porto Alegre referentes ao Eixo “Capacitação, divulgação e recorte de gênero”

Afirmações	Porto Alegre
Há, nos serviços de saúde, profissionais capacitados para acolher migrantes considerando a dimensão da diversidade cultural.	
Há profissionais capacitados nos serviços de saúde para realizar comunicação com migrantes em diferentes idiomas.	
Foram ofertadas capacitações sobre acolhimento e atenção à saúde de migrantes junto a servidores dos serviços de saúde no último ano.	
Foram realizadas campanhas que abordassem o direito à saúde de pessoas migrantes no último ano.	
Foram realizadas ações informativas junto a migrantes acerca de temas como direito à saúde, serviços de saúde locais e funcionamento do SUS no último ano.	
As capacitações, campanhas e/ou distribuição de materiais informativos buscaram promover a diversidade, fortalecer a sensibilidade cultural e coibir qualquer forma de discriminação.	
Os profissionais de saúde são capacitados para compreender as diferenças culturais que podem estar relacionadas a questões de gênero.	
Os profissionais de saúde são capacitados para identificar casos de tráfico de pessoas.	
Os profissionais de saúde são capacitados para identificar casos de violência doméstica ou de gênero.	

Fonte: Elaborado pela autora com base em Diagnósticos MigraCidades 2020

No eixo “Dados” do Formulário elaborado pelo MigraCidades, foi questionado se a gestão municipal possui uma base de dados sobre o perfil do acesso aos serviços de saúde pela população migrante, a fim de identificar a demanda reprimida e utilizar os referidos dados para propor mudanças nos fluxos, programas e políticas locais de acesso. O município de Porto Alegre assinalou todas as alternativas, confirmando a existência de um banco de dados organizado e a possibilidade de desagregar os dados coletados por país de origem da pessoa migrante.

A existência de uma base de dados atualizada é necessária para a tomada de decisões adequadas na área da saúde. Sem dados completos, oportunos e precisos, as autoridades têm capacidade limitada de fazer escolhas para melhorar políticas e programas. No caso da população migrante e refugiada, os dados sobre o acesso ao SUS permitem identificar quais as nacionalidades que mais acessam os serviços, em quais Unidades Básicas de Saúde, com qual frequência, etc. Tais informações são pertinentes para a elaboração de políticas voltadas para este grupo, considerando-se as especificidades culturais de cada nacionalidade.

Quadro 3 - Afirmações assinaladas por Porto Alegre referentes ao Eixo “Dados”

Afirmações	Porto Alegre
São coletados dados sobre o perfil de acesso a serviços e as demandas de saúde de migrantes.	
São publicados dados sobre acesso a serviços e demandas de saúde de migrantes, sempre respeitando o sigilo e anonimato dos usuários.	
Os dados coletados permitem enxergar a demanda reprimida de acesso à saúde pelas pessoas migrantes.	
Os dados são utilizados para propor mudanças nos fluxos, programas e políticas locais de acesso à saúde de migrantes.	
É possível desagregar os dados coletados por país de origem da pessoa migrante.	
Há um setor capacitado para acolher demandas das pessoas migrantes, bem como registrar práticas de discriminação e xenofobia nos serviços de saúde.	

Fonte: Elaborado pela autora com base em Diagnósticos MigraCidades 2020

A existência de um setor ou referência local na gestão, dedicado à promoção do acesso à saúde pela população migrante, foi sinalizada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre. De acordo com as respostas ao eixo “Governança”, a capital do Rio Grande do Sul atesta o engajamento e o alinhamento de demandas e ações desse setor ou referência com as demais secretarias e órgãos.

O fortalecimento de um setor dedicado à sistematização das especificidades e carências da população migrante possibilita efetivar um trabalho mais assertivo e eficiente no atendimento das demandas do referido grupo no âmbito da saúde. A interligação deste setor com as demais secretarias e órgãos garante que outras vulnerabilidades sejam consideradas, tornando possível a obtenção de um panorama completo das diversas variáveis que afetam os migrantes e refugiados no acesso aos serviços de saúde (como, por exemplo, condições de

trabalho análogas à escravidão, barreiras linguísticas, etc), além de encontrar soluções inclusivas para tais obstáculos.

Quadro 4 - Afirmações assinaladas por Porto Alegre referentes ao Eixo “Governança”

Afirmações	Porto Alegre
Há um setor ou referência local na gestão dedicado à promoção do acesso à saúde por migrantes.	
O setor ou referência local dedicado à promoção do acesso à saúde por migrantes trabalha de forma conjunta com outros setores, alinhando demandas e ações entre secretarias e órgãos.	

Fonte: Elaborado pela autora com base em Diagnósticos MigraCidades 2020

A análise do Formulário para Verificação de Dimensões de Governança Migratória no Âmbito Local, elaborado pelo MigraCidades e respondido pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em 2020, permitiu identificar algumas das dificuldades enfrentadas na cobertura integral dos direitos de migrantes e refugiados no âmbito da saúde.

De forma geral, o município certifica a universalidade e a integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), pois reconhece que as pessoas migrantes têm acesso aos serviços de atenção primária, ambulatorial e hospitalar, de forma desburocratizada. Porto Alegre corrobora a inexistência de barreiras jurídicas para o acesso ao SUS, além da não obrigatoriedade de documentos para a emissão do Cartão Nacional de Saúde. Porém, no que tange às orientações, capacitações, fluxos e protocolos específicos, verifica-se que a capital do Rio Grande do Sul ainda não havia estabelecido, em 2020, uma política de saúde voltada para as particularidades culturais e as vulnerabilidades das populações migrantes.

4.3 BOAS PRÁTICAS: PROJETO ANFÒM E MEDIADORES INTERCULTURAIS

Na seção anterior, foram apresentadas as respostas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre ao Formulário para Verificação de Dimensões de Governança Migratória no Âmbito Local, promovido pelo MigraCidades. Um ponto positivo sinalizado por Porto Alegre é a existência de um setor ou referência local na gestão, dedicado à promoção do acesso à saúde pelas populações migrantes.

No ano de 2018, foi instituída a nova estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, através do Decreto nº 20.11, criando a Área Técnica da Saúde do Imigrante, Refugiados e Apátridas/Núcleo de Equidades da Coordenação de Políticas Públicas em Saúde - CPPS/APS/SMS.

Desde então, o referido setor faz-se presente nos fóruns temáticos sobre migração como o Comitê Municipal de Atenção aos Imigrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas (COMIRAT/POA) e o Fórum Permanente da Mobilidade Humana (FPMH/RS), bem como a Plenária Nacional Saúde e Migração em Tempos de Covid-19 - Etapa Sul e as reuniões ordinárias e extraordinárias da Coordenação de Políticas Públicas de Saúde (CPPS).

No âmbito do Núcleo de Equidades estão inseridas as ações para a elaboração de uma Política de Saúde do Imigrante. Em entrevista para o terceiro volume da Revista Limiares: Migração Vista pelo Sul, Rita Buttes, coordenadora da Política de Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, e Gabriela Loss Lize, então residente em Saúde Coletiva, pontuaram que a construção de uma Política de Saúde para Imigrantes, Refugiados e Apátridas deve ser pautada no respeito, na informação, na valorização cultural e na garantia dos direitos desta população.

Algumas das propostas para a Política são: elucidar os preceitos e incentivar a utilização do SUS; garantir o acesso e promover a adesão dos imigrantes aos serviços de saúde; combater a falta de informação em saúde; viabilizar a contratação de “agentes interculturais de saúde” para regiões da cidade com maior densidade de imigrantes de acordo com a nacionalidade; monitorar e acompanhar os casos notificados de violências contra cidadãos imigrantes; realizar formação aos profissionais de saúde para o atendimento de imigrantes, refugiados e apátridas e realizar estudos para identificar qual a primeira via de acesso aos serviços públicos de saúde pelos imigrantes.

É importante destacar que, apesar dos esforços para criação de uma Política de Saúde para Imigrantes, Refugiados e Apátridas, ainda é inexistente uma política pública consolidada e interinstitucional no município de Porto Alegre. Essa política, para ser concretizada, deve ocorrer a partir da articulação de instâncias municipais e da sociedade civil no COMIRAT/POA.

Na área da saúde, a atuação do Núcleo de Equidades da SMS/POA vem possibilitando efetivar um trabalho assertivo e eficiente no atendimento das demandas da população

migrante, inclusive no que se refere à construção de uma base de dados e capacitações com os profissionais de saúde do município.

A partir de 2018, o setor firmou parcerias e estabeleceu programas com o objetivo de garantir o direito das populações migrantes à saúde. Uma dessas ações foi o Projeto Anfôm, parceria entre o Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão sobre Migrações da UFRGS (NEPEMIGRA), a área técnica Saúde do Imigrante/Núcleo de Equidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Projeto Parte de Comunicação Popular e a Associação da Integração Social (AINTESO).

No Projeto Anfôm foram criados, traduzidos, impressos e divulgados materiais informativos bilingües com temáticas voltadas às principais demandas dos imigrantes e refugiados que residem em Porto Alegre. A organização deu-se em três eixos: i) fluxo de acesso à Atenção Primária em Saúde, ii) violência contra à mulher migrante e iii) alimentação e bem viver.

Entre os materiais informativos elaborados, destaca-se o cartaz bilingue contendo o fluxo de atendimento na Atenção Primária em Saúde do SUS, o qual explica que imigrantes, refugiados e apátridas têm direito à saúde pública, assim como os nacionais, independente da sua condição migratória e documental, conforme regem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade.

Figura 9 - Cartaz bilingue contendo o fluxo de atendimento aos Imigrantes, Refugiados e Apátridas na Atenção Primária em Saúde do SUS



Fonte: PROJETO ANFÔM, 2021

Aproximadamente 200 cartazes (vide Figura 9) foram impressos e entregues nas Unidades Básicas de Saúde, nas Gerências Distritais, na Defensoria Pública da União (DPU), no Hospital Pronto Socorro (HPS), assim como nos diversos serviços da rede de atenção que relacionam-se direta ou indiretamente com o tema da migração.

Ainda no âmbito do Projeto Anfôm, produziu-se um material online com orientações aos profissionais de saúde sobre violência institucional e suas implicações às mulheres haitianas. A violência institucional na saúde é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos e/ou privados perpetrada por agentes que deveriam proteger seus/as usuários/as garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos. Este material contou com a colaboração de mulheres imigrantes haitianas residentes em Porto Alegre e procura sensibilizar e instruir os trabalhadores da saúde na discussão acerca do combate à violência institucional.

Um aspecto importante do Projeto Anfôm diz respeito ao seu caráter ético, ao promover o protagonismo de mulheres imigrantes como mediadoras culturais na criação destes materiais. Desde as primeiras reuniões do grupo de trabalho, as integrantes haitianas, venezuelanas e senegalesas, que também são alunas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), participaram ativamente das discussões e decisões sobre o rumo do Projeto. Dessa forma, foi possível a elaboração dos materiais informativos não apenas para os/as imigrantes, mas por eles/as.

Outra iniciativa inovadora da Área Técnica da Saúde do Imigrante é o projeto Mediadores Interculturais, que facilita o acesso e o acolhimento de imigrantes haitianos e senegaleses no Sistema Único de Saúde (SUS), criado em outubro de 2021.

Figura 10 - Mediadores Interculturais



Foto: Cristine Rochol/PMPA

Os mediadores interculturais realizam o primeiro contato com o usuário imigrante ou a mediação entre ele e o profissional de saúde, garantindo o acesso desde o atendimento no território até os diferentes pontos da rede de saúde de Porto Alegre. A equipe é composta por imigrantes haitianos e senegaleses, facilitando o acesso às unidades de saúde e hospitais ao reduzir a barreira linguística e cultural.

Em entrevista para o Jornal Sul 21, a enfermeira haitiana Youdeline Obas explica que a função dos mediadores interculturais é ir além da mera tradução do idioma. O objetivo é identificar problemas e diferenças culturais existentes no atendimento de saúde, assim como promover bem-estar aos imigrantes no importante momento da consulta médica (VELLEDA, 2021).

Na prática, cada mediador possui um telefone celular e é chamado pelos postos de saúde em caso de agendamento de consulta com imigrantes, deslocando-se até o local. Em caso de atendimentos sem agendamento prévio, o auxílio pode ser feito por meio de vídeo-chamada, como um primeiro apoio.

Durante os 95 dias de existência do Projeto de Mediadores Interculturais na Atenção Primária em Saúde, de 27/10/2021 à 31/12/2021, foram acompanhados 139 atendimentos à 63 usuários imigrantes, incluindo ações em campanhas de vacinação contra a Covid-19, apoio à confecção do Cartão Nacional de Saúde, articulação com equipe e serviços, entre outras mediações (BUTTES; WAINSTEIN; WINCH, 2022).

Em abril de 2022, o Projeto Mediadores Interculturais recebeu o Prêmio APS Forte no SUS: integralidade no cuidado, promovido pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS). A premiação reconhece projetos inovadores na Atenção Primária à Saúde, valorizando, sistematizando e difundindo experiências que ampliam o acesso do cidadão ao SUS.

A semelhança entre o Projeto Anfôm e o Projeto Mediadores Interculturais é que ambos estão pautados na interação, no diálogo, na diversidade, na valorização da cultura do outro e no acolhimento às diferentes concepções de saúde, doença e tratamento. Mais do que a existência de mediação cultural e linguística como meio de transpor as barreiras de comunicação, as iniciativas incentivam relações de confiança entre os imigrantes e os profissionais de saúde.

As ações da Área Técnica da Saúde do Imigrante não estão dissociadas dos princípios doutrinários do SUS e de suas políticas já existentes; ao contrário, o Projeto Anfôm e o

Projeto Mediadores Interculturais contemplam as necessidades e as particularidades da condição migratória. É preciso reconhecer a existência de grupos que não são integralmente atingidos pelas ações de saúde para, então, reformular os processos técnico-assistenciais no interior dos serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da justiça guarda um lugar de destaque nos aspectos relacionados à saúde. Este trabalho propôs a reflexão sobre estratégias de atenção que permitam o acesso às políticas públicas de saúde por imigrantes e refugiados, sob uma perspectiva de justiça social, embasada na equidade, na ética e no respeito aos direitos humanos.

O acesso universal à saúde, sem discriminação, é um direito brasileiro disposto na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde e em diversas normativas do Ministério da Saúde. Entretanto, tal direito necessita ser tornado *fato*, a partir da elaboração e execução de políticas públicas que minimizem as distâncias entre as capacidades das pessoas e as possibilitem fazer escolhas que realmente consideram importantes para a sua existência.

Nessa perspectiva, não basta que os indivíduos tenham o Cartão do SUS ou estejam cientes das garantias jurídicas que asseguram o acesso à saúde pública. Em sociedades marcadas pela desigualdade social, existem graves obstáculos para o equilíbrio social e institucional, pois os cidadãos são privados de uma vida caracterizada como digna. Esses impedimentos são uma clara constatação da existência de injustiça e ausência das liberdades substantivas, impactando negativamente as políticas de desenvolvimento (ZAMBAN, 2014).

Os teóricos do desenvolvimento humano, como Amartya Sen e Martha Nussbaum, argumentam que todas as pessoas merecem que os governos lhe garantam as capacidades mínimas para que possam fazer suas escolhas de vida e usufruir de suas capacidades. Portanto, as políticas públicas devem ser compatíveis com as especificidades dos diversos grupos que formam uma sociedade.

As possíveis deficiências do Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de também enfrentadas pela população nacional, são acentuadas nas populações migrantes. A situação migratória implica em vulnerabilidades, como a discriminação, a falta de redes de suporte, as barreiras linguísticas, o choque cultural, a exclusão, dentre outros fatores apresentados no decorrer do trabalho.

É importante destacar que os dados sobre o acesso de imigrantes e refugiados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre evidenciam que esse grupo populacional não deve ser considerado como um grupo homogêneo, desconsiderando-se as suas particularidades. Os diferentes índices de vinculação à Atenção Primária em Saúde estão relacionados com o panorama das imigrações para o estado do Rio Grande do Sul, bem como

para a capital gaúcha. Por isso, conhecer o perfil sociodemográfico dos imigrantes e refugiados é imprescindível para elaboração de políticas efetivas e de qualidade.

Ainda que o município de Porto Alegre não tenha estabelecido uma política pública consolidada e interinstitucional para as populações migrantes, podem ser identificados avanços nos processos de inclusão desses grupos, principalmente no que diz respeito à atuação da Área Técnica da Saúde do Imigrante, que compõe a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA). O Projeto Anfôm e o Projeto Mediadores Interculturais são importantes iniciativas, no contexto da atenção básica em saúde, pautadas no respeito, na informação, na valorização cultural e na garantia dos direitos de imigrantes e refugiados.

A compreensão acerca da complexidade dos determinantes que envolvem a saúde das pessoas migrantes pode contribuir para a construção de programas mais efetivos. Em nível nacional, o Ministério da Saúde reconhece a situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde, porém é inexistente uma Política Nacional de Saúde Integral da População Migrante e Refugiada no Brasil.

A carência de uma política migratória efetiva e que trate com relevância o tema evidencia as nuances de uma sociedade xenofóbica e reprodutora de desigualdades. O atual cenário de pandemia torna nítido a importância e a urgência pela busca por uma política pública nacional definida e pautada na garantia do exercício de direitos, sobretudo a partir da participação social democrática, a fim de se conhecer as demandas e as reais necessidades das populações migrantes do país (VASCONCELOS; BOTEGA, 2015).

As políticas públicas possuem a potencialidade de corrigir as desigualdades impostas aos migrantes, em especial a partir da racialização das discussões que envolvem acesso aos direitos básicos, a inserção laboral, a integração e ao acolhimento de imigrantes, apátridas, refugiados e solicitantes de refúgio. Da mesma forma, a superação dos estereótipos de superioridade racial, nacional, étnica e de gênero agrega força ao avanço das relações da sociedade brasileira enquanto receptora dos fluxos migratórios.

Por fim, é fundamental reafirmar a importância do desenvolvimento de estudos sobre as populações migrantes residentes no Brasil, inclusive no âmbito do atendimento em saúde. Ainda que escassos, os trabalhos científicos concluídos e em produção vêm a subsidiar políticas públicas para o acesso dos/as imigrantes à saúde pública no território nacional, além de responder às necessidades e às expectativas dessas populações.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS (ACNUR). Perfil Socioeconômico dos Refugiados no Brasil: subsídios para elaboração de políticas. ACNUR, 2019. Disponível em <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/05/Resumo-Executivo-Versa%CC%83o-Online.pdf> Acesso em: 18 set. 2022

ALANEN, J. Language Access is an Empowerment Right: Deprivation of Plenary Language Access Engenders an Array of Grave Rights Violations. *ILSP Law Journal*, n. 93, v. 1, 2009. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r23523.pdf> Acesso em: 17 set. 2022

BAENINGER, R.; CANALES, A. (coord). Migrações Fronteiriças. Campinas: Nepo/Unicamp, 2018. Disponível em: https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/mig_frenteiricas.pdf Acesso em: 18 set. 2022

BALESTRO, A. C.; PEREIRA, T. LÍNGUA E CULTURA NA FEMINIZAÇÃO DAS MIGRAÇÕES NO BRASIL. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, v. 58, p. 779–794, 23 set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tla/a/hMc8PkNXVwbsg9kGDq79Ngw/?lang=pt> Acesso em: 17 set. 2022

BATISTA, D. R. R.; GUGELMIN, S. A.; MURARO, A. P. Prenatal follow-up of Haitian and Brazilian women in Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 18, p. 317–326, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/Rp5SZVsmXQgsV3DrZcbKf6C/abstract/?lang=pt> Acesso em: 17 set. 2022

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 set. 2022

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em: 17 set. 2022

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm Acesso em: 12 set. 2022

BRASIL. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Revogada pela Lei nº 13.445, de 2017. Brasília, 1980. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6815.htm. Acesso em: 12 set. 2022

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm Acesso em: 12 set. 2022

BRASIL. Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020a. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abrilde-2020-250915958>. Acesso em: 18 set. 2022

BRASIL. Decreto nº 6.975, de 7 de outubro de 2009. Promulga o Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Partes do Mercado Comum do Sul – MERCOSUL, Bolívia e Chile. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6975.htm Acesso em: 12 set. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf Acesso em: 16 set. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html Acesso em: 16 set. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 16 set. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 16 set. 2022

BRASIL. Portaria Interministerial nº 8, de 13 de março de 2018. Dispõe sobre o visto temporário e sobre a autorização de residência para tratamento de saúde. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/portarias/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%208.pdf>

[C2%BA%208,%20DE%2013%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202018.pdf](#) Acesso em: 17 set. 2022

BRASIL. Portaria Interministerial nº 120, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt120-20-ccv.htm Acesso em: 18 set. 2020

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. DE A. A comunicação da equipe de enfermagem de uma enfermaria de clínica médica. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 3, p. 951–958, maio 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5gGYy5zSYtchpgxBW9VCTMk/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 set. 2022

BUTTES, R; WAINSTEIN, L. V; WINCH, M. Mediadores Interculturais na APS: Acesso e Acolhimento no SUS. APS Redes. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://apsredes.org/aps-forte-no-sus/mediadores-interculturais-na-aps-acesso-e-acolhimento-no-sus/> Acesso em: 18 set 2022

BUTTES, R; LIZE, G. Panorama da Política de Saúde do Imigrante em Porto Alegre. Revista Limiares. Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 76-81, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/nepemigra/revista-limiares-edicao-especial/> Acesso em: 18 set. 2022

CARBALLO, M.; MBOUP, M.. International migration and health. Global Commission on International Migration (GCIM), p. 1-15, 01 set. 2005. Disponível em: <https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/2018-07/TP13.pdf> Acesso em: 18 set. 2022

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H. DE; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saúde e Sociedade, v. 19, n. 3, p. 709–716, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rGJJP8SyB7SvhG8JnJStH4c/abstract/?lang=pt> Acesso em: 17 set. 2022

CAVALCANTI, L. et al. Acompanhamento de fluxo e empregabilidade dos imigrantes no Brasil: Relatório Mensal do OBMigra. Ano 0, n. 1, jan. 2019/Observatório das Migrações Internacionais; Brasília, DF: OBMigra, 2019. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-mensais>. Acesso em: 17 set. 2022

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. Imigração e refúgio no Brasil: Retratos da década de 2010. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/Relat%C3%B3rio_Anuar/Retratos_da_De%CC%81cada.pdf Acesso em: 12 set. 2022

CENTRO ÍTALO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA E INSTRUÇÃO ÀS MIGRAÇÕES (CIBAI). Instituição. Relatório 2019: A missão junto a imigrantes em Porto Alegre e região. In: HAMMES, Pe.

Anderson et al. Relatório 2019: A missão junto a imigrantes em Porto Alegre e região. Porto Alegre: CIBAI, 03 mar. 2019. Disponível em: <https://missaopompeia.com/relatorio/> Acesso em: 18 set. 2022

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S. l.], v. 10, n. 6, p. 805-812, 2002. DOI: 10.1590/S0104-11692002000600009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1721>. Acesso em: 17 set. 2022.

COLLARES, A. C. A migração e acesso à saúde no Brasil: uma análise dos recursos municipais no atendimento à saúde dos migrantes In: Cavalcanti, L.; Oliveira, A. T.; Silva, B. G. Relatório Anual 2021 - 2011- 2020: Uma década de desafios para a imigração e refúgio no Brasil. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/Relat%C3%B3rio_Anual/Relato%CC%81rio_Anual_-_Completo.pdf Acesso em: 12 set. 2022

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 17 set. 2022

Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados, de 28 de julho de 1951. Disponível em: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf Acesso em: 12 set. 2022

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista Estudos Feministas, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQO/abstract/?lang=pt> Acesso em: 17 set. 2022

CRESPO, A. P. A.; GUROVITZ, E. A Pobreza como um Fenômeno Multidimensional. RAE – Eletrônica, v. 1, n.2, p. 1-12, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/raeel/a/LVPkw9yHZfJ9kvjC8VSGTsh/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 16 set. 2022

CUETO, M. O Brasil e a OMS. Ciência Hoje, [S.l.], Jul. 2020. Disponível em: <https://cienciahoje.org.br/artigo/o-brasil-e-a-oms/#:~:text=Desde%20que%20foi%20fundada%2C%20em>. Acesso em: 17 set. 2022.

DA SILVA, L. M. et al. [Non-verbal communication; reflections on body language]. Revista Latino-Americana De Enfermagem, v. 8, n. 4, p. 52–58, 1 ago. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tDnHtdjX3DGwKb8TMCLPJcQ/?lang=pt> Acesso em: 17 set. 2022

SCOREL, S. Dicionário de Educação da Profissional em Saúde. Equidade em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fiocruz. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html> Acesso em: 16 set. 2022.

ESPINOZA, M. V.; ZAPATA, G. P.; CASTRO, F. R. Os desafios à proteção de imigrantes e refugiados no Brasil em tempos de pandemia de Covid-19. *MigraMundo*. [S.l.], 22 jul. 2021.

Disponível em:

<https://migramundo.com/os-desafios-a-protecao-de-imigrantes-e-refugiados-no-brasil-em-tempos-de-pandemia-de-covid-19/> Acesso em: 18 set. 2022

FISCHBORN, A. F. Saúde e desenvolvimento: uma análise a partir do conceito de desenvolvimento de Amartya Sen. *DRd - Desenvolvimento Regional em debate*, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 201–210, 2015.

DOI: 10.24302/drd.v5i1.604. Disponível em:

<http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/604>. Acesso em: 16 set. 2022.

FREITAS, M. B.; CAMPOS, J. Decisões políticas justas em tempos de pandemia: um diálogo com John Rawls e Martha Nussbaum. *Revista Páginas de Filosofia*, v. 9, n. 2, p. 53-67, jul.-dez. 2020.

Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PF/article/view/10629/7493>

Acesso em: 16 set. 2022

GIACOMELLI, G. S.; MARIN, S. R.; FEISTEL, P. R. Da economia tradicional do bem-estar à Abordagem das Capacitações e a importância da equidade em saúde para o desenvolvimento humano. *Nova Economia*, [S. l.], v. 27, n. 1, 2017. Disponível em:

<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/novaeconomia/article/view/2925>. Acesso em: 16 set. 2022.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 123–129, 30 mar. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Bjx3pCWycxxjHDSZ5yMn7yg/abstract/?lang=pt> Acesso em: 17 set. 2022

GUILHERME, A. J. Imigrantes haitianos e senegaleses no Brasil : trajetórias e estratégias de trabalho na cidade de Porto Alegre – RS. *Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)*, UFRGS, 2017.

Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/172969> Acesso em: 18 set. 2022.

HENRIQUES, M. I. A educação escolar e a justiça social num mundo global. Reflexões acerca da obra *Educação e justiça social* de Martha C. Nussbaum. *Mulemba: Revista Angolana de Ciências Sociais*, [S.l.], 2014. Disponível em: <https://journals.openedition.org/mulemba/310> Acesso em: 16 set. 2022

HERÉDIA, V. B. M. . *Migrações internacionais: o caso dos senegaleses no sul do Brasil*. 1. ed. Caxias do Sul: Quatrilho, 2015. v. 1. 300p.

IGNACIO, J. O que é interseccionalidade? Politize! [S.l.], 20 nov. 2020. Disponível em:

<https://www.politize.com.br/interseccionalidade-o-que-e/> Acesso em: 17 set. 2022

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Desemprego*. Online, [s.l.], 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php> Acesso em: 18 set. 2022

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Online, [s.l], 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados> Acesso em: 18 set. 2022

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA (IPEA). Repositório do Conhecimento do Ipea: Saúde. Brasília, 2022. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9381> Acesso em: 18 set. 2022

JANNUZZI, P.M. Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas: Alínea, 2016

JUBILUT, L. O Direito Internacional dos Refugiados e sua Aplicação no Ordenamento Jurídico Brasileiro. São Paulo: Método, 2007.

KLEIDERMACHER, G. Entre confradías y venta ambulante: una caracterización de la inmigración senegalesa en Buenos Aires. Cuadernos de Antropología Social, n. 38, 2013.

LUSSI, C. Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio. Psicologia USP, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 136-144, 2015. DOI: 10.1590/0103-6564D20140014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/102377>. Acesso em: 16 set. 2022.

MARQUES, F. A vacinação tem que ser parte de um grande plano para enfrentar a doença. Fiocruz Brasília, 18 jun. 2021. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/a-vacinacao-tem-que-ser-parte-de-um-grande-plano-para-enfrentar-a-doenca/> Acesso em: 18 set. 2022

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. Saúde e Sociedade, v. 27, n. 1, p. 26–36, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n1/26-36/pt/> Acesso em: 17 set. 2022

MARTINO, A. A. Migração, saúde e pandemia: reflexões acerca do atendimento de saúde às pessoas migrantes. Museu da Imigração, São Paulo, 05 mar. 2022. Disponível em: <https://museudaimigracao.org.br/en/blog/migracoes-em-debate/migracao-saude-e-pandemia-reflexoes-acerca-do-atendimento-de-saude-as-pessoas-migrantes>. Acesso em: 17 set. 2022.

MARTINS, C.; PESSOA, G. Bairros com favelas e cortiços concentram mais mortos por COVID-19 em São Paulo. Uol, 05 maio 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/05/areas-com-favelas-e-corticis-registram-maismortes-por-e-covid-19-em-sp.htm>. Acesso em: 18 set. 2022

MIGRACIDADES. Perfil de Governança Migratória Local. Porto Alegre: Organização Internacional para as Migrações (OIM) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/migracidades/publicacoes/relatorios-rodada-2020/> Acesso em: 18 set. 2022

MIGRACIDADES. MigraCidades 2020: sistematização e análise dos dados sobre a dimensão de acesso à saúde / organização Fabian Scholze Domingues, Roberta Caminero Baggio, Verônica Korber Gonçalves. – Brasília, DF: OIM, 2022. Disponível em:

https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1496/files/documents/migracidades-2020_sistematizacao-e-analise-dos-dados-sobre-a-dimensao-de-acesso-a-saude-1.pdf Acesso em: 18 set. 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartão Nacional de Saúde. Brasília, 2022a. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cns> Acesso em: 18 set. 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Políticas de Promoção da Equidade em Saúde. Brasília, 2022b.

Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/equidade> Acesso em: 18 set. 2022

NIENOV, E. R. A percepção dos imigrantes haitianos em relação ao acesso ao Sistema Único de Saúde brasileiro. Especialização em Saúde Pública. UFRGS, 2016. Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/149393> Acesso em: 18 set. 2022

NUSSBAUM, M. Fronteiras da Justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Online, [S.l.] Disponível em:

https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/1/1/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&mimeType=text/html&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book Acesso em: 17 set. 2022

OLIVEIRA, F. DE; BASTOS, J. L.; MORETTI-PIRES, R. O. Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis, Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 11, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/qrCxmQ8cyjLmzr7OtwWy3rf/abstract/?lang=pt#:~:text=Interseccionalidade%2C%20discriminaci%C3%B3n%20y%20calidad%20de%20Florian%C3%B3polis%2C%20sur%20de%20Brasil&text=Este%20estudo%20investigou%20como%20a.de%20vida%20de%20indiv%20C%ADduos%20adultos>. Acesso em: 17 set. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Salud y ausencia de discriminación Ginebra, 2001. Documento de la OMS para la Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. (Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, 2).

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). Glossário sobre Migração: Direito Internacional da Migração. Genebra: 2009.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). Estudo da ONU aponta aumento da população de migrantes internacionais. 19 set. 2019. Disponível em:

<https://brazil.iom.int/pt-br/news/estudo-da-onu-aponta-aumento-da-populacao-de-migrantes-internacionais#:~:text=Tr%C3%AAs%20em%20cada%20quatro%20migrantes,Europa%20e%20Am%C3%A9rica%20do%20Norte>. Acesso em: 18 set. 2022

PEREIRA, A. B; BRAGE, E. O que a pandemia mostrou sobre imigrantes e refugiados(as) no Brasil. Nexo Jornal. 16 dez. 2021, [S.l.] Disponível em:

<https://pp.nexojornal.com.br/opiniao/2021/O-que-a-pandemia-mostrou-sobre-imigrantes-e-refugiados-as-no-Brasil#:~:text=%C3%89%20verdade%20que%20%20advento>. Acesso em: 17 set. 2022.

PESSOA, L. Opinião: O Teto de Gastos foi um golpe profundo no SUS e no direito à saúde. Carta Capital, 11 out. 2021, [S.l.] Disponível em:

<https://www.cartacapital.com.br/blogs/observatorio-banco-central/o-teto-de-gastos-foi-um-golpe-profundo-no-sus-e-no-direito-a-saude/>. Acesso em: 16 set. 2022.

PINHEIRO, M.: As liberdades humanas como bases de desenvolvimento: Uma análise conceitual da abordagem das capacidades humanas de Amartya Sen. Brasília: IPEA, 2012. Disponível em:

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/989/1/TD_1794.pdf Acesso em: 16 set. 2022

POLÍCIA FEDERAL. Mensagem Oficial-Circular nº 04, de 16 de março de 2020a. Orientações para a realização de atendimentos e atividades de Polícia de Imigração diante de medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus (COVID-19). Disponível em:

https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/wp-content/uploads/sites/41/2020/03/sei-08211001340-2020-36-moc-4-20-cgpi-coronaviruspdfpdf_170320201223.pdf. Acesso em: 18 set. 2022

POLÍCIA FEDERAL. Polícia Federal altera o atendimento do passaporte e aos estrangeiros em virtude da pandemia. Brasília, 24 mar. 2020b. Disponível em:

<http://www.pf.gov.br/imprensa/noticias/2020/03-noticias-de-marco-de-2020/policia-federal-altera-o-atendimento-dopassaporte-e-aos-estrangeiros-em-virtude-da-pandemia>. Acesso em: 18 set. 2022.

POLÍCIA FEDERAL. Polícia Federal esclarece sobre alterações nos atendimentos e atividades de Polícia de Imigração. Brasília, 16 mar. 2020c. Disponível em:

<https://www.boliviacultural.com.br/noticia/policia-federal-esclarece-sobre-alteracoes-nos-atendimentos-e-atividades-de-policia-de-imigracao-667>. Acesso em: 18 set. 2022

PORTO ALEGRE. Saúde do Imigrante: Perfil epidemiológico dos países de origem dos imigrantes em maior frequência no município de Porto Alegre. Coordenação de Políticas Públicas em Saúde - CPPS/DAPS. Porto Alegre, 2021. Disponível em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/saude_imigrante_perfil_epidemio.docx.pdf Acesso em: 18 set. 2022

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Organização das Nações Unidas. Desenvolvimento Humano e IDH. [S.l.] Disponível em:

<https://www.undp.org/pt/brazil/idh>. Acesso em: 16 set. 2022

PROJETO ANFÔM. Projeto Anfôm: Elaboração de Materiais Informativos Bilíngues para a População Imigrante residente no Município de Porto Alegre. Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão sobre Migração. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/nepemigra/projeto-anfom/> Acesso em: 18 set. 2022

PUCCHINI, C. Direito dos imigrantes ao sistema público de saúde. In: O estrangeiro. 29 mar. 2013. Análises. Disponível em: <https://oestrangeiro.org/2013/03/29/direito-dosimigrantes-ao-sistema-publico-de-saude/> Acesso em: 17 set. 2022

REDE PENSAN. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]: II VIGISAN : relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN. -- São Paulo, SP. Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf> Acesso em: 16 set. 2022

RIBEIRO, C. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos / Social justice and equity in health: an approach centered in the functionings. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.4, p.1109-1118, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4pvcdxvVws93gd8OL3gkJwB/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 16 set. 2022

RIOS, R. R.; SILVA, R. DA. Discriminação múltipla e discriminação interseccional: aportes do feminismo negro e do direito da antidiscriminação. Revista Brasileira de Ciência Política, n. 16, p. 11–37, abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/xKt5hWwZFChwrbtZxTGXKf/?lang=pt> Acesso em: 17 set. 2022

RUFINO, C.; AMORIM, S. 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: O Estrangeiro, 19-23 nov. 2012. Disponível em: <https://oestrangeirodotorg.files.wordpress.com/2013/03/imigrac3a7c3a3o-internacional-e-sac3bade.pdf> Acesso em: 16 set. 2022

SAMANIEGO, J; AASEN, B.; BELTRAND, D. Refugiados e migrantes da Venezuela: esquecidos no meio da pandemia. Fundo das Nações Unidas para as Crianças, [S.l.], maio 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/refugiados-e-migrantes-da-venezuela-esquecidos-no-meio-da-pandemia>. Acesso em: 18 set. 2022.

SAMPAIO, C. MIGRAÇÃO E SAÚDE: UM TESTEMUNHO. Rev. Inter. Mob. Hum, v. 40, n. 40, p. 245–250, jan. 1DC. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/remhu/a/SZty46yNNqJWHOQfmDqjKwFB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 set. 2022

SANTOS, H.; MEDEIROS, A. Migração e acesso aos serviços de saúde: a necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos. [S.l.], p. 1-19, 2017. Disponível em: <http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf> Acesso em: 16 set. 2022

SAKHO, P; DIOP, R. A; MBOUP, B. DIADIU, D. A Emigração internacional senegalesa: das casas no campo às cidades litorâneas. In: Vânia Beatriz Merlotti Herédia (org.) Migrações internacionais: o caso de senegaleses no Sul do Brasil, Quatrilho, Caxias do Sul, Brasil, 2015.

SEN, A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 1999

SILVA, K. Resenha do livro: Desenvolvimento como liberdade, de Amartya Sen. [S.l.], 09 fev. 2017. Disponível em:

<https://jus.com.br/artigos/55759/resenha-do-livro-desenvolvimento-como-liberdade-de-amartya-sen>

Acesso em: 16 set. 2022

SILVESTRE, A.; ANDRÉA, D. Dignidade Humana: Um Enfoque a Partir da Abordagem das Capacidades de Martha Nussbaum. [S.l.], p. 1-20, 2018. Disponível em:

<https://www.fdsu.edu.br/arquivos/iniciacao-cientifica/anais-2018/artigos/06.pdf> Acesso em: 16 set.

2022

SIMÕES et al. Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil. Curitiba: CRV, 2017. 112 p. Disponível em:

https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes/Perfil_Sociodemografico_e_laboral_venezuelanos_Brasil.pdf Acesso em: 18 set. 2022

SIQUEIRA, S.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J.. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do

Ministério da Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 5, Mai. 2017, p. 1397-1406

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Hmkmtw9NYb5cVtfZwJqb36c/abstract/?lang=pt> Acesso em: 16 set.

2022

SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL MIGRATÓRIO (SISMIGRA). Microdados. Portal de Imigração. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Brasília, 2022. Disponível em:

<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/microdados/1733-obmigra/dados/microdados/401205-sismigra> Acesso em: 18 set. 2022

SOUSA, V.. Com pandemia de Covid-19, solicitações de refúgio despencam no Brasil em 2020. G1, 20 jun. 2020. Disponível em:

<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/06/20/companhemia-de-covid-19-solicitacoes-de-refugio-de-spencam-no-brasil-em-2020.ghtml>. Acesso em: 18 set. 2022

SOUZA, G. C. DE A.; COSTA, I. DO C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc, p. 509–517, 2010. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-566389> Acesso em: 17 set. 2022

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. DE. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. Saúde em Debate, v. 40, p. 204–218, 1 mar. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBgLB/> Acesso em: 17 set. 2022

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 2, p. 328–341, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cWVVzwsdskypzjb659sdvjd/abstract/?lang=pt> Acesso em: 17 set. 2022

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008.

TREVISAN, M. DO R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 24, n. 5, p. 293–299, jun. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/YVdfKZ6xfLrGBbLzr9dRhtc/abstract/?lang=pt> Acesso em:

TROIAN, A.; LUCINA KLEIN, A.; XAVIER DA SILVA, L. A abordagem das capacitações e suas aplicações no desenvolvimento rural. *Revista de Extensão e Estudos Rurais*, [S. l.], v. 2, n. 1, 2013. DOI: 10.36363/rever212013%p. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/rever/article/view/3274>. Acesso em: 16 set. 2022.

UEBEL, R. Análise do perfil socioespacial das migrações internacionais para o RS no início do século XXI: redes, atores e cenários da imigração haitiana e senegalesa. Dissertação (Mestrado em Geografia), UFRGS, 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/117357> Acesso em: 18 set. 2022

UEBEL, R. O redirecionamento da política externa brasileira para imigrantes e refugiados: o caso da imigração haitiana no início do século XXI. *Estudos Internacionais: Revista de Relações Internacionais da PUC Minas*, v. 4, n. 1, p. 27-44, 4 nov. 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/estudosinternacionais/article/view/P.2317-773X.2016v4n1p27> Acesso em: 16 set. 2022

UNA-SUS. Cartão Nacional de Saúde: conheça a utilidade e saiba como obter. Universidade Aberta do SUS. [S.l.], 10 set. 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/cartao-nacional-de-saude-conheca-utilidade-e-saiba-como-obter> Acesso em: 17 set. 2022.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006. Disponível em: <http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-ePasche.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022

VASCONCELOS, L. Nanak Kakwani - Economista indiano desenvolveu uma nova metodologia para medir a pobreza. *Revista Desafios do Desenvolvimento*, Brasília, ano 3, edição 29, 11 dez. 2006. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=1339:ent Acesso em: 16 set. 2022

VELLEDA, L. Projeto da Prefeitura quer ampliar e qualificar o atendimento de imigrantes na rede de saúde da Capital. Jornal Sul21. Porto Alegre, 01 nov. 2021. Disponível em:

<https://sul21.com.br/noticias/saude/2021/11/porto-alegre-cria-mediadores-interculturais-para-ajudar-imigrantes-no-acesso-a-saude/> Acesso em: 18 set. 2022

VIANA, A. L. D.; DAL PÓZ, M. R. Reforma em saúde no Brasil: programa de saúde da família; informe final. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.166).

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/8mXrz3TFbzTFPKzYXV5FRrz/abstract/?lang=pt>
Acesso em: 17 set. 2022

VIELLAS, E. et al. Assistência pré-natal no Brasil. Caderno Saúde Pública, v. 30, sup: S85-S100, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27957> Acesso em: 17 set. 2022

ZAMBAN, N. A teoria da justiça de Amartya Sen: As capacidades humanas e o exercício das liberdades substantivas. EPISTEME, Caracas, v. 34, n. 2, p. 47-70, 2014. Disponível em: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242014000200004 Acesso em: 16 set. 2022

ZAMBAN, N.; FRITZ, K. A ABORDAGEM DAS CAPACITAÇÕES (CAPABILITIES) E A JUSTIÇA SOCIAL: UMA ALTERNATIVA À TEORIA DAS NECESSIDADES BÁSICAS E À TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS. Direito & Paz, São Paulo, SP - Lorena, Ano XI, n. 40, p. 75-89, 1º Semestre, 2019. Disponível em:

<https://revista.unisal.br/lo/index.php/direitoepaz/article/download/995/464/> Acesso em: 16 set. 2022

ZAMBAM, N.; KUJAWA, H. As políticas públicas em Amartya Sen: condição de agente e liberdade social/Public policies in Amartya Sen: agent condition and social freedom. Revista Brasileira de Direito, Passo Fundo, v. 13, n. 1, p. 60-85, mar. 2017. Disponível em:

<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/1486/1112>. Acesso em: 16 set. 2022

ZEIFERT, A. PENSAR AS POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DO ENFOQUE DAS CAPACIDADES: JUSTIÇA SOCIAL E RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS. Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE), Vol. 7, n. 1, 2019. Disponível em:

<https://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/542#:~:text=Conclui%2Dse%20que%20o%20enfoco,social%2C%20para%20al%C3%A9m%20de%20Sen.>

Acesso em: 16 set. 2022

WEIGELT, L. Política pública de saúde: um estudo sobre o processo de descentralização/regionalização da saúde no Vale do Rio Pardo-RS. 2006. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) - Universidade de Santa Cruz do Sul. Disponível em:

<https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/582> Acesso em: 16 set. 2022

WOLFF, H. et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health, London, 2008. Disponível em:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-93> Acesso em: 17 set. 2022