



UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI - UNIVATES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
DOUTORADO EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

**A ALTERIDADE NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E OS
MIGRANTES: PONTES DE DIÁLOGO OU MUROS?**

Daniela da Rosa Molinari

Lajeado, novembro de 2020

Daniela da Rosa Molinari

A ALTERIDADE NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E OS MIGRANTES: PONTES DE DIÁLOGO OU MUROS?

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento, da Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES, como parte das exigências para obtenção do grau de Doutora em Ciências Ambientais na área de concentração Espaço e Problemas Socioambientais.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Turatti
Coorientadora: Profa. Dra. Ioná Carreno

Lajeado, novembro de 2020

“Ora, quando se pensa na imigração, o grande fenômeno de deslocamento espacial dos séculos XIX e XX, observa-se evidentemente um correspondente deslocamento de almas, além daquele correspondente a pessoas, famílias, pertences, moedas, força de trabalho. Visões de mundo, conceitos, ideologias, atitudes, fé religiosas, sonhos, mitos, fábulas, contos folclóricos, ideias, valores, sentimentos, fantasias, amores, ódios, saudades e amargos ressentimentos também migram sem malas nem baús. Ou seja, o inconsciente grupal e nacional também atravessa o mar, como entre nós vem ocorrendo desde os alvares do século XVI, com a chegada dos portugueses e dos primeiros escravos africanos. [...] De que modo é afetada a alma quando lhe é subtraída a terra pátria sobre a qual se humanizou no decorrer de longos e intrincados processos históricos e psicológicos? Quanto tempo decorre até que essa inefável substância anímica possa fincar raízes em outro solo? A muda transplantada mingua, vinga, se adapta ou se transforma? A alma transmigrada é bem recebida pela outra, já presente e estruturada no lugar de desembarque? Será que facilmente encontra eco, ou resistência, será que é assimilada, interpenetrada, fertilizada e renovada, ou negada, oprimida, hostilizada, incompreendida? Será que a alma transmigrada consegue espelhar-se em novas paragens e refletir sua luz?”

(Roberto Gambini)

Dentro de mim, existem dois lobos:
O lobo do ódio e o lobo do amor.
Ambos disputam o poder sobre mim.
E quando me perguntam qual lobo é vencedor, respondo:
O que eu alimento.

(Provérbio Indígena)

AGRADECIMENTOS

Gratidão remete à qualidade de quem é grato, é um ato de reconhecimento às pessoas, momentos, vivências, amizades, oportunidades e aprendizados.

Minha gratidão a Deus pela proteção.

Aos meus pais, minha família e ao Fernando por toda ajuda, segurança e pelo incentivo de sempre.

À professora Margarita Rosa Gaviria Medjía, que inicialmente idealizou o projeto de pesquisa.

Às professoras Luciana Turatti e Ioná Carreno, por aceitarem orientar minha pesquisa e pelas importantes contribuições.

À Unijuí, Programa de Pós -Graduação em Direitos Humanos, por estimular de maneira única a discussão dos direitos humanos.

À Univates e ao Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento pelo acolhimento, pela convivência e aprendizagem proporcionada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de Doutorado PROSUC/CAPES.

Minha gratidão pelas pessoas que tive a felicidade de compartilhar esta trajetória e por todos aqueles que torcem por mim.

RESUMO

As migrações acendem a multiculturalidade da sociedade, o encontro das diferenças, ao passo que desafiam os indivíduos, a sociedade, as políticas públicas para a relação do face a face, uma relação ética, de alteridade. Contudo, devido a presença de diferenças, o migrante é frequentemente visto com olhar de estranheza, discriminação, estigmatização e exclusão, o que agrava ainda mais a sua vulnerabilidade. Ao se estabelecerem nas cidades de instalação passam também a demandar o serviço público de saúde, pois durante o processo de mobilidade e adaptação sua saúde é afetada. Logo, o acesso à saúde pelo migrante implica em mudanças, dificuldades e desafios na política pública de saúde. Os espaços de saúde sendo espaços relacionais, dinâmicos, flexíveis, tendem a absorver as demandas da sociedade, como se dá no atendimento à população migrante, enquanto novos usuários do sistema de saúde. Assim, nos espaços de saúde além do encontro das diferenças, ocorre o encontro entre o eu (profissional de saúde) e o outro (migrante), um indivíduo com peculiaridades próprias de viver a vida, carregado de sofrimentos, anseios, angústias e vulnerabilidade, que demanda, acolhida, diálogo, afeto e responsabilidade, cabendo ao eu uma resposta. Considerando tal cenário, a presente tese parte do seguinte questionamento: de que maneira as práticas dos profissionais de saúde garantem a universalidade da saúde aos migrantes e estabelecem pontes de alteridade? Como objetivo geral busca-se analisar a presença da alteridade nas práticas dos profissionais da política pública de saúde durante o atendimento aos migrantes. Para dar vazão a tal propósito o estudo utilizou-se da pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa de campo, que envolveu acompanhamentos realizados junto ao ambiente de trabalho de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município de médio porte, no interior do Rio Grande do Sul e das visitas domiciliares realizadas junto com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) aos migrantes, possibilitou vivenciar a rotina dos profissionais de saúde no atendimento e acolhimento dos migrantes na política pública de saúde, seus desafios e potencialidades, e ainda, observar como se estabelece a alteridade a partir de suas práticas de saúde, os comportamentos, falas, percepções, interesse e responsabilização pelos migrantes. Para além das observações e acompanhamentos, destacam-se aspectos importantes que emergiram no decorrer da pesquisa, o idioma enquanto principal dificuldade no atendimento da população migrante, o atendimento às gestantes migrantes e o relevante trabalho dos ACS na hospitalidade, no suporte social e inserção social do migrante. Por fim, entende-se que as práticas dos profissionais da política pública de saúde ao estabelecerem pontes de alteridade, garantem a abertura do eu para o outro, a universalidade da saúde, a hospitalidade, a acolhida, a responsabilidade pelo outro, o que torna os

espaços de saúde inclusivos, uma vez que ocorre uma redução das desigualdades, e ainda o encontro com o apelo da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Tem-se assim que as pontes de alteridade conduzem a práticas de saúde humanizadas e acolhedoras, podendo assim ser vistas a partir da perspectiva do conceito da outridade do cuidado.

Palavras-chave: Alteridade. Agente Comunitário de Saúde. Migrantes. Profissionais de saúde. Outridade do cuidado.

ABSTRACT

Migrations ignite the multiculturalism of society, the meeting of differences, while they challenge individuals, society, public policies for the face-to-face relationship, and ethical, alterity relationship. However, due to the presence of differences, migrants are often seen with a look of strangeness, discrimination, stigmatization, and exclusion, which aggravates their vulnerability. When they establish themselves in the cities, they also start to demand public health services, because during the process of mobility and adaptation their health is affected. Therefore, access to health by migrants implies changes, difficulties, and challenges in public health policy. The health spaces, being relational, dynamic, flexible spaces, tend to absorb the demands of society, as is the case in serving the migrant population, as new users of the health system . Thus, in health spaces, in addition to the meeting of differences, there is a meeting between the self (health professional) and the other (migrant), an individual with peculiarities of living life, full of suffering, yearnings, anxieties, and vulnerability that demands, acceptance, dialogue, affection, and responsibility, leaving the self to answer. Considering this scenario, the present thesis starts with the following question: how do the practices of health professionals guarantee the universality of health to migrants and establish bridges of alterity? As a general objective, the aim is to analyze the presence of alterity in the practices of public health policy professionals when assisting migrants. To give an outlet to this purpose, the study used bibliographic, documentary, and field research. The field research, which involved follow-up in the work environment of Basic Health Units (UBS) and Family Health Strategy (FHS) in a medium-sized municipality, in the countryside of Rio Grande do Sul and home visits carried out together with the Community Health Agent (CHA) to migrants, made it possible to experience the routine of health professionals in the care and reception of migrants in public health policy, its challenges, and potential, and also to observe how alterity is established from their health practices, behaviors, speeches, perceptions, interest, and accountability for migrants. In addition to the observations and accompaniments, important aspects that emerged in the course of the research stand out, the language as the main difficulty in serving the migrant population, the care for migrant pregnant women and the relevant work of the CHA in hospitality, social support and social insertion of the migrant. Finally, it is understood that the practices of public health policy professionals when establishing bridges of alterity, guarantee the opening of the self to the other, the universality of health, hospitality, acceptance, responsibility for the other, which makes it inclusive health spaces, as inequalities are reduced, and also in line with the Agenda 2030's call for sustainable development . Thus, bridges of otherness lead to humanized and welcoming health practices, and can thus be seen from the perspective of the concept of otherness.

Keywords: Alterity. Community Health Agent. Migrants. Health professionals. Other care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cidade acolhedora	111
Figura 2 – Orientações sobre o COVID-19 aos migrantes	162
Figura 3 – Material informativo sobre a Covid-19 em espanhol	163
Figura 4 – Material informativo sobre a Covid-19 em francês	164
Figura 5 – Material informativo sobre a Covid-19 em inglês	165
Figura 6 – Folder Gripe H1N1, com orientações para os migrantes	166
Figura 7 – Folder com informações sobre vacinação para os migrantes	166
Figura 8 – Informações básicas na recepção destinada aos migrantes	167
Figura 9 – Cartilha disponibilizada kreyòl	196
Figura 10 – Cartilha disponibilizada francês.....	196
Figura 11 – Cartilha disponibilizada português.....	197
Figura 12 – O SUS é para todos	198
Figura 13 – Rede de apoio do SUS aos migrantes	199
Figura 14 – Farmácia	200
Figura 15 – Caderneta de gestante	211
Figura 16 – Cartilha com orientações para as migrantes gestantes.....	211
Figura 17 – A outriedade do cuidado	240

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Acompanhamentos realizados durante a pesquisa de campo	137
Quadro 2 – Relação entre objetivos e procedimentos metodológicos.....	139
Quadro 3 – Migrantes cadastrados no SUS e atendimentos realizados no ano de	

2018	156
Quadro 4 – Migrantes cadastrados no SUS e atendimentos realizados no ano de 2019	157
Quadro 5 – Migrantes cadastrados no SUS e atendimentos realizados no ano de 2020 (de 01/01/2020 – 14/07/2020)	158
Quadro 6 – Consultas de pré-natal de migrantes gestante e de crianças migrantes por ano	206

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 Globalização e mobilidades	20
2.1.1 As faces da sociedade globalizada	20
2.1.2 A Modernidade Líquida de Zygmunt Bauman e a humanidade em movimento	25
2.1.3 Entre partidas e chegadas: o direito de migrar	30
2.2 Migrações e direitos humanos	34
2.2.1 Direitos humanos em movimento	34
2.2.2 Migrante: O <i>Homo Sacer</i> contemporâneo	40
2.2.3 Migrações e direitos humanos a partir da agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável	44
2.3 Apontamentos sobre os direitos sociais	50
2.3.1 A dignidade humana e os direitos	50
2.3.2 O Estado e os direitos sociais	52
2.3.3 Os direitos sociais sob a perspectiva do desenvolvimento e das capacidades humanas	57
2.3.4 Por políticas públicas igualitárias e não discriminatórias	61
2.4 Saúde, sociedade e política pública	68
2.4.1 A política pública de saúde como sistema de proteção social	68
2.4.2 A política pública de saúde no Brasil	72
2.4.3 Desafios da construção da integralidade em saúde	83
2.4.4 A humanização dos cuidados em saúde	92
2.5 Por uma sociedade mais humana e fraterna: a difícil e necessária alteridade com o outro migrante	101

2.5.1 Pensar a alteridade a partir do eu (indivíduo): a necessidade da metamorfose humana.....	101
2.5.2 Pensar a alteridade a partir do eu (sociedade): O "bem receber", a cidade como espaço de acolhida e de cuidado dos migrantes	110
2.5.3 Pensar a alteridade a partir do eu (planeta): a eminência da construção de uma ética planetária	119
2.5.4 O eu ao (des)encontro do outro.....	126
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	133
3.1 Características da pesquisa.....	133
3.2 Coleta de dados.....	134
3.3 Aspectos éticos.....	139
3.4 Análise de dados.....	140
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	142
4.1 O encontro com o outro entre o acesso e a inserção dos migrantes na política pública de saúde.....	142
4.1.1 Migrantes e a alteridade na política pública de saúde: o encontro entre iguais e diferentes.....	142
4.1.1.1 Muros da comunicação e a necessária universalidade da saúde	185
4.1.1.2 O cuidado no encontro entre quem cuida e quem é cuidado: o caso das migrantes gestantes	202
4.1.2 O encontro dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os migrantes.....	220
4.1.3 A outridade do cuidado	238
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	242
REFERÊNCIAS	253

1 INTRODUÇÃO

A migração não é algo novo, sempre acompanhou o desenvolvimento da sociedade, porém, o que se torna novo é a sua intensidade, o que se deve ao processo de globalização, pelos avanços tecnológicos que reduziram distâncias e espaços geográficos, facilitando a comunicação, o transporte e as relações entre os quatro cantos do planeta, a circulação de pessoas, bens, serviços, capital, conhecimento e ideias. Por outro lado, as migrações também são impulsionadas por questões econômicas, culturais, políticas, religiosas e ambientais.

Assim, muitos migrantes de diversas nações deixam suas terras natais e famílias em busca de melhores condições de vida, logo, veem nas cidades esta oportunidade tornando-as seu destino. Este fenômeno cria uma sociedade marcada pela multiculturalidade, pelo (des)encontro das diferenças e a presença de novos atores sociais que passam a contracenar no mesmo espaço que a população local e a demandar dos governos e das políticas públicas, a efetivação de seus direitos humanos.

Na sociedade por onde transita, o migrante é comumente visto com olhar de desconfiança, estranheza, ameaça, insegurança, desprezo e discriminação, pois ele conduz ao encontro do eu com o outro e provoca reações inquietantes. As populações “supérfluas”, categorizadas como “resíduos humanos”, ou pessoas provedoras de uma “vida nua”, reforçam a diferença, a exclusão, a desigualdade social e os desencontros com o outro, enquanto migrante (BAUMAN, 2007a; 2009; 2017; AGAMBEN, 2010).

Inevitavelmente, as dificuldades dos migrantes não ficam restritas à rejeição. Ao se depararem com uma nova sociedade, sofrem também com as diferenças culturais e de linguagem, com o isolamento, o distanciamento familiar, a falta de suporte social, as habitações precárias e insalubres em regiões vulneráveis, sujeitas a catástrofes naturais e violência, como também com a precarização de trabalho, as

dificuldades de acesso aos serviços básicos e de integração no corpo social, a carência alimentar, o uso de drogas e álcool, sendo fatores que refletem diretamente na saúde do migrante. Daí dizer que o migrante é um ser vulnerável, em desvantagem dos demais (GRANADA, CARRENO, RAMOS, RAMOS, 2017; VARELA, 2003).

Os migrantes ao terem sua saúde comprometida procuram atendimento no sistema público de saúde, atuando como novos usuários da política pública de saúde que nem sempre dispõe de uma estrutura adequada para atender as especificidades da população.

O modelo de saúde adotado no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem suas ações concentradas nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde Família (ESF) e que por operarem sobre uma territorialidade e estarem próximas da comunidade, se constituem no principal canal de acesso ao sistema público de saúde, tanto para brasileiros como para migrantes. Sendo assim, é nesse canal que se concentram as dificuldades e as necessidades de adaptações no serviço de saúde em relação ao atendimento dos migrantes, como também, a responsabilidade pela hospitalidade da população migrante dentro da territorialidade da saúde, o que ocorre inicialmente pelos encontros.

As relações sociais se constituem de encontros entre o eu e outro e entre as diferenças, o que, por sua vez, exige segundo Lévinas (1980), uma relação ética, de alteridade, manifestada pela abertura do eu ao outro, pelo diálogo e acolhimento do outro, livre de discriminação e de qualquer atitude de desrespeito às diferenças. Isso não é diferente nos espaços de saúde, onde se constituem e se desenvolvem relações sociais entre profissionais de saúde, usuários e a comunidade. Portanto, os profissionais de saúde ao se depararem com o atendimento de pessoas de outras nações, diferentes em idioma, crenças e cultura também são desafiados em sua alteridade para a relação do face a face quando do acolhimento, vínculos e diálogos são estabelecidos com o migrante, como condições para a garantia de um atendimento de qualidade que atenda os anseios e as demandas dos migrantes e de práticas de saúde humanizadas e includentes.

Contudo, instituir uma relação ética, ir ao encontro do outro, acolhê-lo em suas diferenças, estabelecer o diálogo e a compreensão nem sempre é tarefa fácil, diante de uma sociedade que manifesta relações frágeis e líquidas, carregada pelo individualismo, o egoísmo, a insensibilidade, a exclusão e invisibilidade dos mais

vulneráveis, a exemplo dos migrantes. Nesse rumo, Bauman (2017) ao se referir à crise humanitária que se deve às intensas migrações internacionais, destaca que em vez de levantar muros é preciso construir pontes. Ou seja, pontes de diálogo, respeito, alteridade, inclusão e acolhida e é nesta direção que a política pública de saúde deve ser executada, construindo pontes que garantam a dignidade e a proteção dos direitos humanos dos nacionais e dos migrantes.

Nesse sentido, o desenvolvimento da pesquisa é motivado pela seguinte inquietação: De que maneira as práticas dos profissionais de saúde garantem a universalidade da saúde aos migrantes? Tais práticas estabelecem pontes de alteridade ou muros de exclusão nos encontros entre o eu e o outro?

É neste cenário de migrações e encontro de diferentes culturas no serviço público de saúde, que se busca analisar a alteridade nas práticas dos profissionais da política pública de saúde no atendimento de migrante, enquanto objetivo geral desta pesquisa.

Como o foco da pesquisa é a alteridade que se dá no encontro entre o eu e o outro, numa relação de responsabilização e cuidado, o eu é compreendido nesta reflexão como os profissionais de saúde que atuam na garantia do direito à saúde do outro, e o outro é entendido aqui como o migrante, o de fora, o estrangeiro. No entanto, no decorrer das abordagens, numa reflexão expansiva da alteridade, o eu também pode ser apresentado como o indivíduo, a sociedade, a cidade de acolhida e a humanidade enquanto o outro, sempre será o migrante.

Analisar e refletir questões emergentes como a inclusão social, respeito, acolhida, compaixão, diálogo e aproximação com os migrantes converge com a perspectiva da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e a apelo que este documento faz a todos, às instituições, às políticas públicas, numa soma de esforços em prol das pessoas, dos direitos humanos, da paz e da prosperidade do planeta. Nesse sentido, acolher os migrantes com dignidade implica construir cidades inclusivas, políticas públicas igualitárias que atendam as especificidades das populações e garantam os seus direitos. A política pública de saúde assume uma tarefa fundamental neste cenário, garantir o direito universal à saúde, mas também a dignidade, o respeito, o reconhecimento e nessa tarefa, a alteridade é essencial para se proporcionar relações mais humanas e acolhedoras.

Nesta linha, a tese busca contribuir teoricamente no momento em que propõe uma reflexão acerca da importância da alteridade no estabelecimento de relações

sociais mais humanas e acolhedoras numa sociedade multicultural e a partir da análise das práticas dos profissionais de saúde no atendimento dos migrantes e das pontes de alteridade construídas ao longo destas.

Para atender à problemática da pesquisa e garantir esta reflexão, a pesquisa se desdobra nos seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar as dimensões da sociedade globalizada que estimulam a mobilidade humana internacional;
- b) Abordar os direitos humanos dentro do contexto da mobilidade humana;
- c) Refletir sobre as relações de alteridade, no (des)encontro do eu e o outro (migrante) no contexto migratório;
- d) Acompanhar as práticas de profissionais da política pública de saúde no atendimento de migrantes em um município de médio porte do interior do RS, analisando de que modo garantem a universalidade da saúde e estabelecem uma relação de alteridade com o migrante;
- e) Refletir sobre a importância da alteridade na política pública de saúde por meio das relações de cuidado do eu e o outro (migrante).

Para a concretização da pesquisa, utilizou-se a pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Para o desenvolvimento da pesquisa de campo foi necessária a análise e aprovação do projeto de pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo esta deferida com a condição de não nominar o município em que se deu o estudo. Respeitando o acordado, ao longo da pesquisa o município observado, será citado como uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

A cidade investigada apresenta carência de mão de obra nas indústrias de processamento de carnes e laticínio, cooperativas e construção civil, e por tal razão, a região tem sido um atrativo e destino de migrantes haitianos, senegaleses, bengaleses, entre outros que vem em busca da oferta de trabalho. A demanda de mão de obra de migrantes para a região revela a importância destes trabalhadores para o crescimento econômico local, ao passo que ocupam vagas de atividades manuais, sem muita qualificação (MEJÍA, CAZAROTTO, ROGÉRIO, 2018).

Por meio dessas migrações constantes, a cidade se depara com o outro, uma população multicultural, especialmente no serviço de saúde. Dessa forma, ao

acompanhar o atendimento dos migrantes no ambiente de trabalho das UBS/ESF, foi possível perceber como se dão os encontros do eu (profissionais de saúde) com o outro (migrante), se são capazes de proporcionar a aproximação com a população e atuar como instrumentos de promoção da alteridade, diálogo e inclusão social do migrante, eliminando o olhar de estranhamento, insegurança, discriminação e preconceito que persiste por parte da sociedade em relação a essas pessoas. É nesse sentido, que importou verificar se as práticas de saúde reforçam esse olhar através de muros de exclusão ou confrontam esses comportamentos com a construção de pontes de alteridade.

Outrossim, uma vez apresentado nesse capítulo um as questões pertinentes ao estudo, objetivos, justificativa, problema que motivaram a pesquisadora a definir a alteridade na política pública de saúde e os migrantes como tema de estudo, na continuidade, no capítulo dois, têm-se o referencial teórico que norteou a pesquisa.

O referencial teórico contempla questões que fundamentam a análise desta tese, com relação à globalização e as migrações, os direitos humanos, as migrações a partir da perspectiva do desenvolvimento sustentável e da Agenda 2030, os direitos sociais enquanto direitos demandados pelos migrantes, o que remete ao direito à saúde, fundamentais para garantir a dignidade humana, o desenvolvimento e a ampliação das capacidades das pessoas como defendem Sen e Nussbaum, o que exige das políticas públicas serem espaços inclusivos, de alteridade, respeito e não discriminação com os migrantes. Ao final do referencial se traz considerações sobre a política pública de saúde brasileira, os desafios da construção da integralidade, a humanização da saúde e a alteridade enquanto uma necessidade quando se pensa em uma sociedade mais justa e humana e na hospitalidade dos migrantes, o que vem em consonância com o enfoque principal da pesquisa que é a alteridade nas práticas dos profissionais da política pública de saúde.

O capítulo três contempla as características da pesquisa, o contexto e os procedimentos metodológicos utilizados para atingir os objetivos propostos pela tese.

O capítulo quatro versa sobre a discussão dos resultados. Apresenta-se o que foi vivenciado e observado na pesquisa de campo junto ao ambiente de trabalho das UBS/ESF, e, em especial a alteridade dos profissionais de saúde com os migrantes, demonstrando como se deram os atendimentos dessa população e o envolvimento de toda equipe, dos recepcionistas, técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros,

Agentes Comunitários de Saúde (ACS), desde a recepção, sala de acolhimento, consultas médicas às visitas domiciliares realizadas junto com os ACS aos migrantes. Na oportunidade, também se destacam os desafios e potencialidades, que acompanham as práticas dos profissionais de saúde no atendimento de uma população multicultural. A partir das percepções, destaca-se duas categorias que emergiram fortemente, sendo elas o idioma e o atendimento das migrantes gestantes. Além disso, contempla-se a fundamentalidade dos ACS na acolhida e na inclusão dos migrantes no sistema público de saúde e o atendimento de migrantes gestantes pelos profissionais de saúde. Ao final desse capítulo, propõe-se, a partir do que foi observado nas práticas dos profissionais da política pública de saúde e da análise realizada sob o ângulo da alteridade, o conceito de outridade do cuidado, que pode ser aplicado para o cuidado de saúde, assim como de forma extensiva para se pensar o cuidado como uma resposta à nudez do rosto do outro. E é neste sentido que a presente tese avança teoricamente.

Afinal, o outro se manifesta pelo rosto, que olha pra mim e demanda uma resposta (LÉVINAS, 1980). O migrante enquanto outro que se aproxima demanda uma responsabilidade e resposta do eu e esta resposta é em direção ao acolhimento, respeito, dignidade e solidariedade. Assim, a mesma responsabilidade e resposta esperada pelos migrantes dos profissionais de saúde, é também a demandada do eu, de cada indivíduo, de todos nós, da sociedade de acolhida.

É tempo de repensar o outro, cuidar do outro, respeitar suas diferenças e responsabilizar-se, no entanto, mais do que responsabilizar-se pelo migrante, importa também criar condições para que seja incluído socialmente e tenha acesso a outros direitos a fim de que possa recompor sua vida num novo espaço.

No quinto e último capítulo, apresentam-se as considerações finais que caminham no sentido do quanto é indispensável a construção de pontes de alteridade pelos profissionais de saúde para a hospitalidade dos migrantes na territorialidade da saúde e no cuidado da saúde, o que se apresenta como condição basilar para a outridade do cuidado.

A tese está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento (PPGAD) da Universidade do Vale do Taquari- UNIVATES, atuando dentro da linha de pesquisa Espaço e Problemas Socioambientais que estuda interações entre sociedade e natureza, ocupações humanas, implicações entre desenvolvimento, organizações produtivas e sociais, políticas públicas, saúde e

ambiente, sustentabilidade e práticas culturais, cidadania, comunicação e educação ambiental. Desse modo, estudar a política pública de saúde, o acesso ao direito à saúde pelos migrantes e as relações de alteridade que os profissionais de saúde estabelecem com o migrante, vem ao encontro do propósito do PPGAD, pois se preocupar com os problemas socioambientais que se fazem presente na atualidade é caminhar em busca de uma sociedade mais justa e humana. Pensar os migrantes a partir dos direitos humanos e da alteridade é compreender que como seres humanos merecem acolhida, respeito e reconhecimento o que perpassa necessariamente pela mudança de valores e atitudes. Assim estudar a alteridade nas práticas da política pública de saúde no atendimento dos migrantes, é apostar que estes valores estejam presentes, vindo a contribuir na inclusão desta população no tecido social e no seu protagonismo, afinal, buscam nas redes de apoio um suporte social para se reestabelecerem em sua nova sociedade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo contempla a base teórica da pesquisa e está estruturado em cinco seções. A primeira versa sobre as dimensões da globalização e transita pela ideia de “sociedade líquida” assim nomeada pelo sociólogo Zygmunt Bauman. Este modelo de sociedade estimula a mobilidade humana, que deve ser entendida a partir da liberdade e do direito humano de migrar. A segunda seção traz uma análise sobre os direitos humanos dos migrantes, lembrando que durante a mobilidade muitos deles acabam não sendo efetivados ou por vezes são comprometidos. Nesse sentido, torna urgente pensar as migrações a partir da perspectiva do desenvolvimento sustentável e da Agenda 2030, para que assim se tenha um desenvolvimento voltado as pessoas e sua a dignidade. Na sequência, apresentam-se alguns apontamentos sobre os direitos sociais, numa abordagem que envolve a dignidade humana e o desenvolvimento que se dá partir da ampliação das capacidades, bem como, a importância de políticas públicas igualitárias e não discriminatórias, pensando na inclusão e no protagonismo dos migrantes. Na quarta seção, se traz uma abordagem sobre política pública de saúde brasileira, enquanto sistema de proteção social, destacando a integralidade como princípio do sistema de saúde e os seus desafios. Nesta linha, aborda-se ainda a humanização da saúde intimamente imbricada na ideia de integralidade, que consiste de uma postura ética profissional, de partilha, convivência e estabelecimento de vínculos afetivos, elementos fundamentais para o exercício da alteridade, principalmente quando se pensa nos migrantes que recorrem ao serviço público de saúde, um outro carregado de dificuldades que a mobilidade lhe impõe. E por fim, apresenta-se uma reflexão sobre a alteridade a partir do eu indivíduo, sociedade e humanidade frente aos migrantes, o que vem a contribuir para a análise da alteridade nas práticas dos profissionais da política pública de saúde quando o atendimento dos migrantes.

Os migrantes manifestam sua nudez através da exclusão, da desigualdade, da discriminação, da vulnerabilidade, ao mesmo tempo clamam o cuidado e a dignidade humana a todo instante e a todos. Assim, destaca-se o papel da alteridade na construção de uma sociedade acolhedora. Pensar a alteridade a partir dos migrantes é caminhar em direção da hospitalidade, da responsabilidade com o outro, com a sociedade e com o planeta, afinal, as migrações acontecem num contexto planetário. É ampliar o diálogo, estabelecer relações, é aproximar-se. É preciso compreender a alteridade como a extensão do cuidado, de uma ética planetária, de cidades inclusivas, de relações mais humanas e solidárias. É o que espera também das ações da política pública de saúde.

2.1 Globalização e mobilidades

2.1.1 As faces da sociedade globalizada

O tema migrações está na ordem dia, na mídia nacional e internacional, nas notícias que abordam a mobilidade de milhares de pessoas que cruzam fronteiras nacionais. Para compreender as mudanças da sociedade hodierna, principalmente em que pese às migrações, é necessário analisar os efeitos do processo de globalização sobre a ordem mundial, um movimento desenfreado que afeta tudo e a todos, desde final do século XX e início do século XXI.

Existem muitas definições de globalização construídas em torno das diversas mudanças incrementais que ocorreram na sociedade, seja na dimensão econômica, política, social e cultural. Logo, o processo de globalização é multifacetado e complexo devido a variedade e amplitude (SANTOS, 2001), que está ligado a outras transformações no sistema global que, no entanto, não são redutíveis, tais como a crescente desigualdade no mundo, a explosão demográfica, catástrofe do meio ambiente, a proliferação de armas de destruição em massa, etc. (SANTOS, 1998).

Para Giddens (2000) a globalização refere-se à intensificação das relações sociais em escala mundial conectadas com diferentes partes do planeta, pelo qual as ações locais são influenciadas pelas que ocorrem a milhas de distância e vice-versa. Nossos atos estão conectados de tal forma que o que se faz neste momento repercute em espaços distantes, numa espécie de interconexões entre o local e o global.

A tendência geral é pensar a globalização apenas como um fenômeno econômico devido à autonomia da economia, uma vez que a abertura econômica é um imperativo de participação na produção internacionalizada de bens. Giddens (1990) nesse sentido destaca o surgimento e a expansão das empresas multinacionais, o aumento das trocas comerciais globais e o dos fluxos financeiros mundiais como ponto central do conceito de globalização em aspectos econômicos. Hobsbawn (2009) argumenta que a globalização econômica ocorreu de três modos: a eliminação de barreiras comerciais entre Estados, a liberação dos capitais, que permite a transferência destes para locais que gerem maiores rendimentos e, por fim, a produção independente das fronteiras nacionais e continentais.

A emergência do capitalismo coincide com a eclosão da globalização no momento em que a economia é controlada na maior parte por empresas e o Estado desempenhando apenas sua função reguladora, fato que propiciou a expansão econômica mundial através da deslocalização do capital e da produção. A globalização “é uma divisão mundial cada vez mais elaborada e complexa de trabalho; uma rede cada vez maior de fluxos e intercâmbios que ligam todas as partes da economia mundial ao sistema global” (HOBBSAWN, 1994, p. 92). Todavia, os países e regiões “são integrados nas economias nacionais e internacionais, como parte de uma nova configuração espacial” (SMITH, 1988, p. 208).

Sendo assim, ainda na análise da dimensão econômica da globalização, importa destacar a desigualdade na distribuição dos benefícios do desenvolvimento entre países e regiões, reforçando ainda mais a vulnerabilidade e a injustiça social que afeta principalmente as regiões mais pobres. Esse entendimento é partilhado por Smith (1988, p, 221):

o desenvolvimento desigual é tanto o produto quanto a premissa geográfica do desenvolvimento capitalista. Como produto, o padrão é altamente visível na paisagem do capitalismo, tal como a diferença entre espaços desenvolvidos e subdesenvolvidos em diferentes escalas: o mundo desenvolvido e o subdesenvolvido, as regiões desenvolvidas e as regiões em declínio, os subúrbios e o centro da cidade. Como premissa da expansão capitalista, o desenvolvimento desigual [...] é a desigualdade social estampada na paisagem geográfica.

Para Castells (1999a, p. 53) o que se está vivendo no final do século XX é uma revolução, na medida em que “um grande aumento repentino e inesperado de aplicações tecnológicas transformou os processos de produção e distribuição, criou

uma enxurrada de novos produtos e mudou de maneira decisiva a localização das riquezas e do poder no mundo”.

Com as inovações no campo da tecnologia e comunicação tornou-se possível a difusão de informações entre empresas, instituições financeiras e investidores, ligando e fortalecendo os mercados mundiais, graças à telefonia fixa e móvel, televisão, fax, internet. Desse modo, as mudanças ocorridas, principalmente nos meios de transportes e nas comunicações, levaram ao encurtamento das distâncias no mundo, em consequência, modificou a noção de tempo e de espaço. Perto e longe carregam outros sentidos devido à queda de fronteiras e a aproximação de bens, pessoas e informação que a sociedade possibilita.

No entendimento de Morin (2000, p. 67), “o mundo torna-se cada vez mais um todo. Cada parte do mundo faz, mais e mais, parte do mundo e o mundo, como um todo, está cada vez mais em cada uma de suas partes. Isto se verifica não apenas para nações e povos, mas para os indivíduos”. Assim, “cada ponto de um holograma contém a informação do todo do qual faz parte, também, doravante, cada indivíduo recebe ou consome informações e substâncias oriundas de todo o universo”.

A partir disso, Castells (1999b) configura a sociedade em rede.¹ Logo, a rede é uma condição generalizada para a humanidade, o planeta está conectado, as empresas, o trabalho, a cultura, as pessoas e os meios de comunicação. O novo sistema de comunicação é definido por uma comunicação simultânea global e local, genérica e especializada, dependente de mercados e de produtos. O sistema de comunicação está cada vez mais digitalizado e interativo. Como o sistema é diversificado e flexível, é cada vez mais inclusivo de todas as mensagens enviadas na sociedade. Com a difusão da sociedade em rede e com a expansão das redes

1 Nosso mundo, e nossa vida, vêm sendo moldados pelas tendências conflitantes da globalização [...] a revolução da tecnologia da informação e a reestruturação do capitalismo introduziram uma nova forma de sociedade, a sociedade em rede. Essa sociedade é caracterizada pela globalização das atividades econômicas decisivas do ponto de vista estratégico; por sua forma de organização em redes; pela flexibilidade e instabilidade do emprego e a individualização da mão de obra. Por uma cultura de virtualidade real construída a partir de um sistema de mídia onipresente, interligado e altamente diversificado. E pela transformação das bases materiais da vida mediante a criação de fluxos e de um tempo intemporal como expressões das atividades e elites dominantes. Essa nova forma de organização social, dentro de sua globalidade que penetra em todos os níveis da sociedade, está sendo difundida em todo mundo, do mesmo modo que o capitalismo industrial disseminado no século XX, abalando instituições, transformando culturas, criando riqueza e induzindo a pobreza, incitando a ganância a inovação e a esperança, e ao mesmo tempo impondo o rigor e instilando o desespero. Admirável ou não, trata-se na verdade de um mundo novo (CASTELLS, 1999b, p.17).

de novas tecnologias de comunicação, a comunicação entre computadores criou um novo sistema de redes de comunicação global e horizontal que, pela primeira vez na história, permite que as pessoas comuniquem umas com as outras sem utilizar os canais criados pelas instituições da sociedade para a comunicação socializante (CASTELLS, 2006).

O desenvolvimento tecnológico se cruza com o dinamismo cultural devido à facilidade com que a informação é difundida na sociedade atual, o que segundo Ferreira (2006) esta conjuntura possibilita que o mundo esteja ligado, conectado, em permanente atualização e a par dos recentes acontecimentos nos quatro cantos do planeta. Esta facilidade na disseminação da informação deve-se à proliferação de novas tecnologias de comunicação e informação, a exemplo das redes sociais que desempenham papel fundamental nesta esfera.

Dessa forma, a comunicação proporciona a difusão de valores culturais, na medida em que diferentes culturas e costumes podem se relacionar sem haver um contato físico. No entanto, é uma interação que não se dissemina de modo igualitário. Para Canclini (2010) vive-se em tempos de fraturas e heterogeneidade, de segmentação dentro de cada nação e de comunicações fluídas com as ordens transnacionais da informação, da moda, do saber, onde no meio disso encontramos códigos que nos unificam, ou que ao menos permite que nos entendamos.

Morin (2000) defende uma teoria culturoológica que analisa as consequências sociais da introdução de símbolos gerados pela indústria cultural, que constituem uma sociedade consumidora de bens que supostamente trarão felicidade ou sua identidade. Na sociedade globalizada, a indústria cultural trabalha pra fortalecer um sentimento de prazer e a necessidade de consumir. Bauman (2007a) vê o ser humano transformado numa estrutura flexível programável para o consumo.

Hall (2003, p. 27) também defende que as identidades se tornam múltiplas. Para o autor, a identidade é algo individual, porém não inato, fruto de uma construção e desenvolvimento ao longo da vida e do crescimento do indivíduo. No contexto atual, a criação da identidade do sujeito moderno leva à criação de identidades abertas, fragmentadas e inacabadas, devido ao fato de estar dentro de culturas diferentes, “aspectos de nossas identidades, que surgem de nosso ‘pertencimento’ a culturas étnicas, raciais, linguísticas, religiosas e, acima de tudo, nacionais” destaca Hall (2006, p. 08).

A dimensão política não está fora dos efeitos da globalização. Os governos criaram os alicerces para a evolução deste processo, incentivaram as atividades econômicas privadas, o consumo e o investimento, permitindo assim a expansão econômica globalizada (PRELHAZ, 2012). Com o avanço do capitalismo, os Estados foram forçados a reorganizar seu sistema e a estratégia de atuação. De acordo com Lucas (2009, p. 41) os Estados “se tornam reféns de um conjunto de políticas econômicas, fixadas externamente, impostas pelo mercado como necessárias para viabilizar a inserção estatal no cenário mundial”, o que corroem a autonomia interna dos países.

Sendo assim, o Estado estaria em crise, perde a capacidade de gerir a economia pela vontade política, deixa de ser um ente soberano e atuando na condição de subordinado a vontade internacional. A política é ditada pelo mercado que tem como atores as empresas globais, sem preocupações éticas, voltando-se à competitividade e ao individualismo, privilegiando uma parcela da sociedade e excluindo a outra. Para Santos (2001), o Estado na verdade não está enfraquecido, ao contrário, continua com sua força antiga, porém, com objetivos diferentes dos anseios dos cidadãos.

Num contexto globalizado, na dimensão social, o empobrecimento dos países subdesenvolvidos caminha ao lado da desigualdade social e da marginalização das populações mais vulneráveis. Assim, Santos (2001) entende que a globalização se impõe como uma fábrica de perversidades. O desemprego é crescente, a pobreza aumenta e há uma perda da qualidade de vida pelas classes médias. A fome e o desabrigo atingem todos os continentes sem exceção, a mortalidade infantil permanece, novas enfermidades como a AIDS se instalam e as velhas, supostamente extirpadas, retornam com todo vigor, a educação de qualidade é cada vez mais inacessível. O território se fragmenta nos Estados-nações e “dentro de um mesmo país se criam formas e ritmos diferentes de evolução, governados pelas metas e destinos específicos de cada empresa hegemônica, que arrastam com sua presença outros atores sociais” (SANTOS, 2001, p. 87).

A produção descontrolada e a expansão do mercado também atingem indistintamente o meio ambiente. A dimensão ambiental é uma extensão da dimensão social, uma vez que um ambiente desequilibrado compromete a qualidade de vida da população. Os problemas ambientais são globais e querem ações globais, pois devido sua amplitude não podem ser combatidos apenas localmente. A

exemplo do aquecimento global com emissão de gases poluentes, das mudanças climáticas e da escassez de água potável que logo afetará grandes parcelas populacionais, principalmente as mais pobres.

É certo que a globalização produziu uma gama de oportunidades para que alguns países pudessem ingressar nas principais economias mundiais. Contudo, ao mesmo tempo em que a economia se consolida e passa ser competitiva, os problemas sociais aumentam, o que “gera um sentimento de exclusão e mal estar na sociedade”, a formação de “buracos negros” que concentram em seu interior toda a energia destrutiva que afeta a humanidade (CASTELLS, 1999c, p. 192) e as migrações não ficam de fora deste cenário.

Com o mesmo entendimento, Bauman (1999) sustenta que as consequências humanas da globalização, traduzidas no desenraizamento de populações inteiras de suas comunidades e países, na crescente pobreza material, na destruição ambiental, nos conflitos étnicos e na migração sul-norte, entre outros fenômenos, contribuem para colocar em cheque os decantados benefícios do fenômeno, quando avaliado por uma lógica distinta àquela do sucesso econômico. Outros fenômenos, como o narcotráfico e o crime organizado em escala mundial, estimulados pelas facilidades do comércio internacional, também podem ser colocados na categoria dos impactos sociais negativos propiciados pela globalização.

As migrações mundiais são bem contextualizadas pela da teorização do sociólogo Zygmunt Bauman, que avalia a globalização e a humanidade em movimento em tempos de liquidez, transitoriedade, transformações e rupturas da sociedade, o que será visto na sequência e compreendida como “sociedade líquida”.

2.1.2 A Modernidade Líquida de Zygmunt Bauman e a humanidade em movimento

A globalização é a força motriz no sistema mundial e continuará atuando como condição determinante do curso da sociedade global. Na concepção de Bauman (1999) a “globalização” está na ordem do dia, é o destino irremediável do mundo, um processo irreversível; é também um processo que nos afeta a todos na mesma medida e da mesma maneira. “É um misto de felicidade e infelicidade alheia. A globalização tanto divide como une, divide enquanto une” (BAUMAN, 1999, p. 8).

Desse modo, “nenhuma fração do planeta escapa a essa influência” (SANTOS, 2001, p. 40). Esse processo de transformação significa “que ninguém pode evadir-se dos efeitos da globalização, pelos quais todos nós somos atingidos, em menor ou maior grau, mediante um conjunto de acontecimentos que afetam indistinta e dialeticamente o âmbito local e global”. Assim, nessa nova conjuntura social “nada é tão longe que não possa mais interessar ao local e nem tão localizado que não possa influenciar outros lugares” (LUCAS, 2009, p.43).

Não há como olvidar, que a globalização trouxe tanto oportunidades como desafios, por ser um processo de caráter multidimensional, com impactos concomitantemente econômicos, políticos, sociais, culturais e ambientais que determinam ritmos, dinâmicas e características próprias, as tensões entre eles tendem a existir. Bauman (1999, p. 79) nesta linha destaca que a globalização deu mais oportunidades aos extremamente ricos, é um paradoxo: é muito benéfica para poucos e em contrapartida, deixa de fora e marginaliza dois terços da população mundial.

Ao mesmo tempo em que a globalização aumenta a circulação de informações sobre oportunidades ou de melhores condições de vida existentes ou imaginadas em países desenvolvidos, esta constitui o motor principal da migração internacional, suscitando cada vez mais vontade de migrar e de dispor de oportunidades e facilidades que supostamente são ofertadas por esses países. “As pessoas mais pobres do globo, em grande número, acabam por acreditar na “mensagem” do consumismo global e se mudam para os locais de onde vêm os “bens” e onde as chances de sobrevivência são maiores” (HALL, 2006, p. 81).

A vida na sociedade é caracterizada como “líquida”, o que consolidou uma sociedade moderna líquida, onde “as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir” (BAUMAN, 2001; 2007b, p. 07). A modernidade líquida carrega a ideia de transitoriedade e mobilidade, é fluida, mutante e impõe a necessidade de movimento contínuo. Contudo traz consigo um sentimento de incerteza, insegurança e de falta de garantias e proteção em que pese às liberdades. A globalização do mesmo modo que aproxima os semelhantes, aproxima as diferenças, formando um campo de divergências entre diferentes identidades, induzindo aos atritos e a sensação de medo diante das constantes mudanças do mundo atual (BAUMAN, 2001).

Ao mesmo tempo, as identidades são transitórias e inacabadas, o sujeito vive em constante deslocamento. A identidade é algo mutante, em transformação. Na migração, a cultura do sujeito que migra é diferente da cultura do país a que se destina, o que leva o migrante a ter que lidar e conviver com duas identidades diferentes, pois está transitando em dois modos de ser, agir e pensar. Este contato acaba criando uma nova cultura, chamada por Hall (2006) de “cultura híbrida”. O hibridismo defendido pelo autor trata da “fusão entre diferentes tradições culturais”, que dá lugar a uma nova relação entre os indivíduos de uma mesma convivência, mesclando histórias, memórias, tradições e linguagens (HALL, 2006, p. 88-91).

Nas relações que envolvem culturas diferentes, Bauman (2001) traz como elemento chave a segurança, comparando a vida comunitária a um “porto seguro”, o que muitas vezes não se traduz na vida prática da sociedade. A entrada de um “estranho” passa a ser vista como uma ameaça à comunidade, propagando um discurso de agressão e xenofobia. Para o autor, as mudanças que acompanham a modernidade demonstram a necessidade da reconstrução de novos paradigmas do “eu” e do “outro”, da segurança e da acolhida, numa dissolução de antigas comunidades para novas, de novos pertencimentos e novas sociedades (BAUMAN, 1999). É essa reconstrução do eu e do outro que se dá pela alteridade, que buscamos encontrar nas práticas da política pública de saúde, objeto dessa tese.

Sendo assim, o medo caracteriza a sociedade líquida moderna, globalizada, com a livre circulação do capital, a sociedade se sentiu insegura e ameaçada. Porém, com o fluxo de pessoas almejando melhores condições de vida, a insegurança se agravou. Bauman (2007a) chama atenção que a sociedade se tornou um ambiente aberto para os negócios, no que se refere a um convívio social, fechado. As pessoas tornaram-se individualistas, isoladas, desconfiadas com tudo e com todos, vizinhos e principalmente como estrangeiros, estes tidos como pessoas desqualificadas, inúteis, com nenhuma perspectiva de vida, prontas para atacar ou quebrar regras.

A sociedade, então, deixa de ser tolerante e de se importar com o “próximo”. O Estado só tem olhos para o fluxo econômico financeiro, finge não ver os sem teto, as vítimas da miséria, do desemprego, das condições dignas de sobrevivência, provocando o surgimento de milhões de excluídos e desabrigados que com medo, fogem para um “porto seguro”, em busca da tão esperada segurança.

Paradoxalmente, um mundo de possibilidades, os turistas e a elite circulam livremente por todo planeta impulsionado pelo consumo e pela busca incessante de satisfazer suas necessidades e desejos. Inaugura-se uma “sociedade do desejo”, no qual o progresso e a felicidade são cada vez mais associados à melhoria das condições de vida e à aquisição de objetos de consumo (LIPOVETSKY, 2007, p.21). Já alguns migrantes não têm o mesmo acesso aos bens e se juntam aos desvalidos sociais, longe de serem consumidores e peças importantes para a sociedade capitalista que preza a produção e o consumo.

Todo o luxo produzido pela sociedade globalizada não está disponível aos pobres, os refugos humanos. Assim,

os refugiados, os deslocados, as pessoas em busca de asilo, os migrantes, os sans papiers constituem o refugo da globalização. Mas não, em nossos tempos, o único lixo produzido em escala crescente. Há também o lixo tradicional da indústria, que acompanhou desde o início a produção moderna. Sua remoção apresenta problemas não menos formidáveis que a do refugo humano, e de fato ainda mais aterrorizantes – e pelas mesmíssimas razões: o progresso econômico que se espalha pelos mais remotos recantos do nosso planeta “abarroado”, esmagando em seu caminho todas as formas de vida remanescentes que se apresentem como alternativas à sociedade de consumo (BAUMAN, 2005, p.76).

Bauman (2007a, p. 34) ao tratar a humanidade em movimento relata a força vilã do capitalismo, que destrói tudo, mas o que impactou mesmo foi o processo de globalização que varreu o “lixo humano para os ralos de escoamento”. Como “lixos humanos” está a população pobre, marginalizada, suburbana, do gueto, os estrangeiros, os incapacitados que não tiveram acesso à educação. Já “os ralos de escoamento” são as formas de evasão desta camada, como também o realocamento dessas pessoas pela sociedade globalizada.

Por sua vez, esses lixos humanos são preocupantes, indesejáveis e seus costumes, cultura e características não condizem com o que a sociedade moderna dita e por não fazerem parte dos padrões de vida “normal”, são aproveitados como mão de obra reserva e para fazer o serviço indesejado, vivendo as margens da sociedade e configurando uma população de excedentes sem condições de inserir-se nos padrões sociais aceitáveis (BAUMAN, 2007b).

Desde o início, a modernidade produziu “gente supérflua”, no sentido de que é inútil, de que suas capacidades produtivas não podem ser exploradas de maneira profícua. Falando de forma mais bruta, para as “pessoas de bem” seria melhor que essas pessoas desaparecessem de vez, pois gente sem perspectiva não poderia

introduzir numa sociedade organizada. A indústria moderna a mesma que construiu o chamado “progresso econômico” produziu gente supérflua e a construção de uma nova ordem leva sempre a liquidação dos supérfluos. E se querem que as coisas estejam em ordem, se querem substituir a situação atual para uma nova ordem, melhor e mais racional, vocês acabarão por descobrir, que certas pessoas não podem fazer parte dela, portanto, é preciso excluí-las, cortá-las fora. Sim, é o progresso econômico, define Bauman (2009).

Na obra “Estranhos à Nossa Porta”, Bauman (2017, p. 7-8) mostra a preocupação com a chamada “crise migratória”, assim denominada pelos noticiários de TV, as manchetes de jornal, os discursos políticos e os tuitos de internet, usados para transmitir focos e escoadouros das ansiedades e temores do público. O impacto das notícias transmitidas desse campo de batalha quase chega a causar um verdadeiro “pânico moral”, isto é, “um sentimento de medo compartilhado por grande número de pessoas de que de algum mal está ameaçando o bem-estar da sociedade”. Crianças afogadas, muros apressadamente erguidos, cercas de arame farpado, campos de concentração superlotados competindo entre si. No entanto, as ofensas morais e as injúrias são cada vez menos notícia e com menor frequência aparecem em noticiários, envoltos no véu do esquecimento.

Em sua perspectiva, a migração em massa não é de forma alguma um fenômeno recente, já que tem acompanhado a era moderna desde seus primórdios. Nas partes desenvolvidas do planeta, em que tanto migrantes econômicos quanto refugiados buscam abrigo, os interesses empresariais desejam com firmeza e dão boas vindas ao influxo de mão de obra barata e de habilidades lucrativamente promissoras. Já para a massa da população, assombrada pela fragilidade existencial e pela precariedade de sua condição e de suas expectativas sociais, a presença do imigrante sinaliza uma competição no mercado de trabalho, uma incerteza profunda e chances declinantes de melhoramento (BAUMAN, 2017).

O que se tem observado nos últimos anos é um salto crescente de refugiados e pessoas que buscam asilo, acrescido ao volume total de migrantes que batem à nossa porta. Na análise de Bauman (2017, p. 12), o fluxo de refugiados impulsionados pelos regimes de violência arbitrária a abandonar suas casas, acrescentou-se ao fluxo constante dos chamados “migrantes econômicos”, estimulados pelo desejo demasiadamente humano de sair do solo estéril para um

lugar onde a grama é verde, abandonando terras empobrecidas, sem perspectiva alguma, para lugares de sonho e de oportunidades.

Para ilustrar a situação dos migrantes no cenário atual, Bauman (2017) traz a fábula de Esopo, no qual as lebres eram perseguidas por outros animais que não sabiam para onde ir. Logo que viam uma lebre se aproximando os outros animais se afastavam correndo, sentindo-se ameaçados. Desse modo, o autor equipara os migrantes às lebres “perseguidas por outros animais” que são abundantes em nossa sociedade de animais humanos. “Nas últimas décadas, seu número continuou a crescer, aparentemente, de modo incontrolável. Elas vivem na miséria, humilhação, ignomínia numa sociedade pronta para rejeitá-las.” Nossas “lebres” sentem-se ofendidas e oprimidas, ao serem subestimadas e terem seu valor negado por outras pessoas e ao mesmo tempo reprovadas, ridicularizadas e humilhadas por aqueles que se julgam acima (BAUMAN, 2017, p. 17).

Os migrantes e refugiados simbolizam nossos piores medos. Bauman (2018) defende a hipótese de que os refugiados simbolizam, personificam nossos medos. Ontem, eram pessoas poderosas em seus países. Felizes. Como nós somos aqui, hoje. Mas, veja o que aconteceu hoje. Eles perderam suas casas, perderam seus trabalhos. O choque está apenas começando e é impossível fingir que nada está acontecendo. Os migrantes e refugiados aparecem ao nosso lado e não conseguimos omitir suas presenças.

Afinal, os migrantes não podem bater a nossa porta? Não possuem a liberdade, o direito de migrar e de ter uma vida digna e respeitosa independente do local onde esteja e de sua nacionalidade? É o que se propõe na próxima abordagem, uma reflexão atual e mais do que necessária.

2.1.3 Entre partidas e chegadas: o direito de migrar

A mobilidade humana sempre acompanhou a trajetória da humanidade, desde os deslocamentos nômades até as complexas migrações que marcam o cenário atual. Para Sayad (1998) a migração vai além do deslocamento físico das pessoas, é um deslocamento social, econômico, político e cultural.

A imigração é um “fato social completo”; única característica aliás, em que há concordância na comunidade científica. E, a este título, todo o itinerário do imigrante é, pode-se dizer, um itinerário epistemológico, um itinerário que se dá, de certa forma, no cruzamento das ciências sociais, como um ponto

de encontro de inúmeras disciplinas, história, geografia, demografia, economia, direito, sociologia, psicologia e psicologia social e até mesmo das ciências cognitivas, antropologia em suas diversas formas (social, cultural, política, econômica, jurídica etc), linguística e sociolinguística, ciência política etc.[...] “Fato social total”, é verdade: falar da imigração é falar da sociedade como um todo, falar dela em sua dimensão diacrônica, ou seja, numa perspectiva histórica (...), e também em sua extensão sincrônica, ou seja, do ponto de vista das estruturas presentes da sociedade e de seu funcionamento. (...) De fato, o imigrante só existe na sociedade que assim o denomina a partir do momento em que atravessa suas fronteiras e pisa seu território; o imigrante “nasce” nesse dia para a sociedade que assim o designa (SAYAD, 1998, p. 15).

A imigração tem sua origem na emigração, ato inicial do processo. Segundo Sayad (1998, p. 14) o que se chama imigração e que é tratada como tal em um lugar, é chamado em outro lugar, em outra sociedade ou para outra sociedade, de emigração, como duas faces de uma mesma realidade, a emigração fica como a outra vertente da imigração.

Em se tratando de migrações, Ventura (2014, 2015) destaca que as pessoas que migram são vítimas do sistema de organização política predominante do Estado Moderno, uma vez que nem sempre essa migração é voluntária e sim forçada. Uma grande parte dos países conta com a presença de milhares de migrantes oriundos de diversas partes do mundo que se movem por diversas razões, por desejar migrar, deixar o lugar em decorrência de alguma condição ou dificuldade, seja ambiental (clima, desastres), política (guerra), econômica (o trabalho) e cultural (liberdade religiosa, educação) ou simplesmente pelo desejo de habitar em algum lugar mais agradável, com maior liberdade que ofereça melhores condições de desenvolver-se. Migrar, com todos os riscos que isto implica, explica-se porque a busca de felicidade é inerente ao ser humano.

A mobilidade significa a possibilidade de encontrar aquilo que a terra natal não oferece. A migração surge como uma esperança tanto para aqueles que vão como para os que ficam. Para Boff (2014, p. 94) “o ser humano e a sociedade não podem viver sem uma utopia. Não podem deixar de projetar seus melhores sonhos nem desistir de buscá-los dia após dia”.

Por outro lado, o Subsecretário do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da ONU (DESA), Wu Hongbo, ao contrário de Bauman (2017) apresenta uma visão mais otimista em relação às migrações, ao observar que o aumento do número de migrantes internacionais demonstra a crescente importância da migração internacional, que tem se tornado uma parte integral da economia e da sociedade, já

que a migração bem administrada traz benefícios tanto para os países de origem como para aqueles de destino, para os migrantes e suas famílias (ONU, 2016).

Migrantes ou refugiados, a escolha das palavras importa mesmo? A escolha das palavras importa, escreveu o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) em julho de 2016, num momento em que as tragédias no Mediterrâneo faziam manchetes a um ritmo quase diário e os termos “refugiado” e “migrante” eram usados indiscriminadamente nos meios de comunicação social e no discurso público. Com efeito, as duas palavras têm significados distintos e compreendem diferentes obrigações internacionais. Os migrantes são pessoas que decidem livremente deslocar-se não por uma ameaça direta de perseguição ou morte, mas principalmente para melhorar as suas vidas. Já os refugiados são pessoas que foram forçadas a deslocar-se devido a conflitos armados ou perseguições e necessitam de proteção internacional, pois não gozam da proteção no seu país de origem. O fato das pessoas terem sido forçadas ou não, tem implicações legais de grande importância, na medida em que dependendo do motivo pelo qual as pessoas saíram dos seus países, os Estados têm diferentes obrigações e as pessoas têm diferentes direitos (FRECHAUT, 2017).

É por tal razão que as políticas estatais limitam a circulação humana. De acordo com Varese (2006) essa vigilância é justificada porque em alguns casos, as migrações são reconhecidas como importantes econômica e culturalmente, já em outros, que representam a maioria das vezes são consideradas um perigo e sob o argumento da segurança nacional, estão adotando barreiras fiscais, legais e conceituais contra imigrantes e refugiados. É hora de derrubar muros e não levantá-los defende o autor.

O grande desafio da migração é que poucos a reconhecem como um direito humano universal (VENTURA, 2014). No entanto, o direito à migração já está expresso desde 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) ao dispor que toda pessoa tem o direito à liberdade de se locomover e residir dentro das fronteiras de cada Estado, como também lhe é assegurado o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio e a este regressar (art. 13, I e II).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) consagra o direito à liberdade de locomoção, a liberdade de ir e vir afastando qualquer restrição à plena liberdade da pessoa humana. Trata-se de um direito que confirma a natureza humana de movimentar-se, deslocar-se de um lugar a outro e de ali permanecer

pelo tempo que desejar, residindo ou não, exercendo este direito por toda a sua existência. Em razão disso, Arendt (1989, 2000) parte da ideia que a liberdade está ligada ao agir do homem e ela acontece nos relacionamentos entre os seres humanos, na participação na comunidade. Logo, liberdade e política estão interligadas, uma vez que a política é uma forma humana de organizar-se e a sociabilidade fortalece os vínculos entre as pessoas e o seu viver. Os homens participando de um espaço público e se reconhecendo como cidadãos, opinando, decidindo, estabelecem uma vivência política. Uma vida sem ação é literalmente morta para o mundo.

A partir de França (2012, p. 88-89), “mover-se é dar vazão a uma inquietude com o entorno cuja rotina oprime e irrita. Platão já havia ressaltado que em seu desejo por liberdade o homem se situa entre dois elementos: o da esperança (satisfazer os desejos) e a angústia (perder o que é seu)”. Sendo assim, se a rotina satisfaz seus desejos ele não se sente compelido a se mover, no entanto, ao perdê-la, o homem entra em processo de angústia e se move para buscar o que precisa. “É o raciocínio grego sobre a liberdade vindo em primeiro lugar o que acaba por levar o homem a diversos níveis da realidade, confrontando problemas de todo tipo”.

Não obstante, é primordial refletir sobre a amplitude deste direito, o que para tal, deve contemplar outros dispositivos previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos que dispõem que “todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei” (art. 6º) e todos nascem livres e iguais em dignidade e respeito. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração (art.1º, 7º). Para Cassin (1974) o indivíduo é membro direto da sociedade humana na condição de sujeito de direitos. Logo, o cidadão de seu país é também cidadão do mundo, pela proteção internacional lhe assegurada.

Outrossim, Carvazere (2001) alega que o direito assegurado é o direito de emigrar, entendendo o ato de emigrar a saída da pátria seja ela individual ou coletiva. O direito a emigrar é um direito inerente a pessoa humana que implica na liberdade de ir e vir, no direito de o indivíduo dispor da sua própria pessoa, a autodeterminação pessoal.

Sobre o papel do Estado, Reis (2004) defende que os Estados modernos possuem o monopólio de legitimidade da mobilidade, o que configura um dos fundamentos de sua soberania. “Não existe nenhuma organização superior ao

Estado que possa obrigá-lo a aceitar quem quer que seja em seu território” (REIS, 2004, p.150). No entanto, é lamentável, que apesar de uma Declaração estabelecer e reconhecer direitos no que tange às migrações, estes, na atualidade, não tem sido respeitado, principalmente frente as barreiras que os Estados têm adotado à entrada, permanência e saída dos estrangeiros de seus territórios. Por consequência, um contingente expressivo de pessoas é privado arbitrariamente do seu direito de ir e vir.

Como exemplo, os EUA ao adotar uma política de “Tolerância Zero” aplicada pelo atual governo Donald Trump. A medida adotada estabelece que todos que atravessam a fronteira com o México, sem documentos, tentando escapar das autoridades de imigração, sejam denunciados e cumpram pena de prisão. Daí vem a separação de crianças, que lotou abrigos e causou comoção internacional, o que fez Trump reverter a prática (CARAZZAI, 2018).

De acordo com Zaffaroni (2007), o migrante é um forte candidato a inimigo e o Estado jamais poderia penalizar este indivíduo da sua condição de pessoa, portadora de todos os direitos que assistem a um ser humano pelo simples fato de ser. E é essa concepção que a sociedade tem, o migrante sendo uma ameaça, como se os movimentos humanos fossem irregulares.

Contudo, o deslocamento humano traduz um direito humano provido, conforme evidenciam os instrumentos jurídicos nacionais e internacionais, de todos os atributos basilares dos direitos humanos. Nesta relação faz parte a inviolabilidade, a indivisibilidade, a universalidade, a irrenunciabilidade, a inalienabilidade, dentre outros, que integram os direitos humanos (aqui se referindo precisamente na liberdade), devendo assim ser respeitados e garantidos, na medida em que a liberdade é fundamento imanente ao reconhecimento da dignidade da pessoa humana.

2.2 Migrações e direitos humanos

2.2.1 Direitos humanos em movimento

Se por um lado a globalização é responsável pela difusão e consolidação da atual conjuntura capitalista, por outro coloca em xeque a efetivação dos direitos

humanos das camadas mais vulneráveis, dentre as quais se encontram os migrantes.

Infelizmente, o progresso material de pequena parcela mundial divide o cenário com o fechamento das fronteiras para os seres humanos e o aparecimento de novas e cruéis formas de servidão humana (tráfico clandestino de pessoas, prostituição forçada, exploração de trabalho, entre outros), das quais migrantes sem documentos são as vítimas com maior incidência (TRINDADE, 2008, p. 33).

Nesta esteira, muitas pessoas são exploradas ou excluídas por diversas formas de opressão social e por não conseguirem condições necessárias para viver dignamente em sua terra de origem, optam por migrar pelo mundo em busca de tais anseios, fenômeno que se insere numa sociedade marcada por antagonismos de classe, configurando o que para Marx (1980) denomina de uma espécie de “luta de classes” entre burguesia/proletariado, dominantes/dominados, opressores/ oprimidos que atuam como “motor da história”, motivador das principais transformações estruturais do mundo hodierno.

Na mesma linha defende Cohen (2005) a existência de dois tipos de globalização. A “vinda de cima” empreendida pela lógica dos mercados de capitais e de mercadorias e a globalização “vinda de baixo”, impulsionada pela maior pressão dos trabalhadores que veem na mobilidade uma possibilidade. A partir desses dois tipos de globalização zonas de conflito são criadas, pois segundo Sales e Baeninger (2000) pelo lado econômico e demográfico há o interesse por parte dos países ricos em trazer imigrantes dos países pobres, já pelo lado sociocultural aparece a oposição e rejeição desses imigrantes, pela dificuldade de convivência com as diferenças, sobretudo as diferenças étnicas. Os atos de xenofobia são as expressões mais visíveis dessas dificuldades atuais de conviver com a diferença (apud MAZZA, 2015, p. 241).

No que se refere ao Estado, este, por muitas vezes, reduz o migrante numa relação como se fosse objeto, que usa conforme seus interesses e ainda retira por meio de uma violência silenciosa a sua capacidade de ação e interação do meio social. Bauman (2005) alega que o agir do Estado é resposta à condição de natalidade, isto é, ao impedir o imigrante de ser cidadão e de atuar no espaço público como agente social este busca levá-lo a invisibilidade. Com isso o Estado acaba se transformando em um “Estado Guarnição”, que defende cada vez mais os interesses das corporações globais e transnacionais advindas da globalização,

enquanto expande o grau de opressão social e econômica na vida dos imigrantes que acabam excluídos do meio onde vivem. Por fim, os problemas sociais são cada vez mais criminalizados.

A presença do imigrante representa o caráter exclusivo da divisão entre nacionais e não nacionais. Ao imigrante lhe é atribuída a condição de um sujeito despido da atribuição de cidadão, sem voz política, visto apenas como uma força de trabalho e é somente como força de trabalho que a sociedade aceita sua permanência supostamente temporária. A “provisoriidade” é característica fundamental do imigrante (SAYAD, 1998, p. 63).

Como afirmam Chueri e Câmara (2010, p. 161), o fato de deixar sua terra, seu país, os torna sujeitos sem terra, privados de suas raízes e de seus direitos humanos. Desse modo, migrantes e refugiados tornam-se sem terra ou sem território, desenraizados e sem direitos, o que faz pensar no que disse Arendt acerca “do direito a ter direitos”, isto é, a certo tipo de pertencimento que qualifica os sujeitos como cidadãos, ao passo em que compartilham um viver comum. Sendo assim, não pertencendo a lugar algum, os refugiados, apátridas e os migrantes, ficam destituídos da cidadania e por consequência, da proteção do direito, este que a modernidade racionalizou e restringiu nos limites do que é localizável. No entanto, sem uma terra e sem direitos estes sujeitos só se incluem na medida da sua exclusão, nos campos, à margem das mais humanas referências.²

Assim, o direito de migrar e o reconhecimento do espaço do migrante está definido por uma condição social. Para Kristeva (1994, p. 14) com a construção do Estado nação, estrangeiro é aquele que não tem a mesma nacionalidade, é o “outro” que vem de fora e não faz parte da comunidade, é um estranho e isto o torna diferente daqueles que são familiares. Outrossim, “a cidadania se subordinou à nacionalidade e os direitos garantidos por ela, foram destinados aos nacionais,

2 Ocupar um “não lugar” é condição semelhante à descrita por Bourdieu (1998, p.11-12), quando se refere aos deslocamentos universais: “como Sócrates, o imigrante é atopus, sem lugar, deslocado, inclassificável [...]. Nem cidadão nem estrangeiro, nem totalmente do lado do Mesmo, nem totalmente do lado do Outro, o “imigrante” situa-se nesse lugar “bastardo” de que Platão também fala, a fronteira entre o ser e o não-ser social. Deslocado, no sentido de incongruente e de importuno, ele suscita o embaraço; e a dificuldade que se experimenta em pensá-lo – até na ciência, que muitas vezes adota, sem sabê-lo, os pressupostos ou as omissões da visão oficial – apenas reproduz o embaraço que sua inexistência incômoda cria. Incômodo em todo lugar e que doravante tanto em sua sociedade de origem quanto em sua sociedade receptora, ele obriga a repensar completamente a questão dos fundamentos legítimos da cidadania e da relação entre o Estado e a Nação ou a nacionalidade”.

excluindo-se os “inimigos”, ou seja, os de fora, os que pertencem à indiferenciação (WERMUTH, NIELSSON, 2017 p. 311).

Assim, “ao deixar seu país de origem, o emigrante abandona o convívio em seu corpo político, mas não se insere no novo corpo político da sociedade de imigração. Consequentemente, o imigrante não é apenas um não nacional” (VELASCO, 2014, p. 30). Na condição de ser sempre um emigrante ele carrega uma dupla ausência na ordem política, tanto da sociedade de imigração como da sociedade de emigração, afinal, segundo Bigo (apud Velasco, 2014) ele não está nem dentro nem fora. O migrante vive numa comunidade política, porém “chegou tarde” para efetivamente fazer parte dela, desafiando a noção de que o pertencimento político é estruturado em termos claros. Representa uma ambiguidade que ameaça a ordem fundamental do Estado moderno, desafiar a clara separação política entre dentro e fora (VELASCO, 2014, p. 30-31).

É nesse sentido que Magalhães (2018, 105) destaca que “o deslocar-se do sujeito no espaço se irmanaria com uma sensação de desarrumação de si, uma vez que se instaura um sentimento de desestruturação dos elementos garantidores da segurança disponibilizada pela identidade e pelas relações com o lugar de berço”.

No entanto, não há outra maneira de pensar na participação do Estado, na elaboração de políticas de migração que busquem a inserção social do migrante, sem definir metas que almejem evitar essa tendência de exclusão e marginalização (ARRUDA, 2015). Para Cavalcanti (2015, p. 47), as políticas de imigração deveriam ir na via de tratar as migrações na sua complexidade, multidimensionalidade e incluí-la de forma transversal nas diversas políticas públicas. A coesão entre políticas que possam acomodar os migrantes no mercado de trabalho formal, com vistas aos direitos humanos, contribuirá de forma decisiva a consolidar a imigração como um ativo para o desenvolvimento do país, não somente do ponto de vista econômico, mas também cultural, social e político.

Pensando na humanidade, Douzinas (2009) destaca que o cidadão tem direitos e deveres conferidos a ele por leis do Estado e pela tradição nacional, devendo este ficar subordinado à lei para tornar-se sujeito da lei. Para os que não têm representação, sobra muito pouco ou quase nada. Assim, os sem Estado, os refugiados, as minorias de todos os tipos não têm quaisquer direitos humanos. Quando Estados liberais dizem ter abolido privilégios e proteger direitos universais, eles querem dizer que os privilégios foram agora estendidos a um grupo chamado

coletividade, cidadãos, que representa ainda a uma pequena minoria. A realidade mostra que os direitos humanos não são usufruídos por todos os seres humanos, mas apenas por uma parcela de cidadãos, desconstruindo a ideia de universalidade da Declaração.

A globalização da economia trouxe à tona, ao contrário do que se deveria em se tratando de uma “sociedade líquida”, muitas e variadas barreiras aos fluxos migratórios, no sentido mais impiedoso a dissocia completamente da dignidade da pessoa, tratada, rejeitada ou vista como mais um número no meio de tantos outros.

Para Varela (2003) uma pessoa ou um grupo de pessoas que sai de um lugar para outro, desejando atender suas necessidades não atendidas, ela já é uma pessoa vulnerável e isso se agrava ainda mais no país de destino, no momento em que aceita condições sociais e econômicas como forma de se inserir na comunidade receptora. Embora alcancem essa inserção, haverá distinções entre o nacional e o migrante, apesar do compromisso do país de respeitar os direitos humanos da população.

Dentre os principais impasses e dificuldades que o migrante enfrenta, o autor destaca: o simples fato de sua condição de estrangeiro gera reações de hostilidades e de preconceitos; o migrante irregular ou indocumentado é objeto de discriminação no trabalho, sujeitando-se a condições adversas e ilegais; o migrante tende a realizar trabalho de segunda classe, indesejados pelos nacionais do país; o migrante, vivendo em condições precárias e desprovido de garantias sociais, constituem um grupo humano que muito dificilmente progridem social ou financeiramente, não se rompendo seu ciclo de pobreza; o migrante vive em solidão pelo fato de seu distanciamento da terra de origem e por fim, especialmente as mulheres migrantes estão expostas a sofrer violências físicas e verbais e, muitas vezes, sofrem assédio ou abuso sexuais (VARELA, 2003).

Por sua vez, Trindade (2008, p.31) adverte que a humanidade somente atingirá verdadeiro progresso quando avançar no que se refere à emancipação humana. O Estado foi concebido para a realização do bem comum e as normas têm, como último beneficiário, o ser humano. Sendo assim, o Estado existe para o ser humano e não o contrário. A expansão da “globalização” atinge diretamente a “capacidade dos Estados de proteger os direitos econômicos, sociais e culturais das pessoas sob sua jurisdição” e, da mesma forma, “as crescentes necessidades de

proteção dos refugiados, pessoas deslocadas e migrantes, nessa primeira década do século XXI, requer solidariedade em escala universal”.

Sobre os desafios e a perspectiva contemporânea dos direitos humanos, Piovesan (2009, p. 108) faz dois questionamentos: “quem têm direitos? E quais direitos?” Estes questionamentos são muito pertinentes quando se assiste e acompanha as ondas migratórias espalhadas pelo mundo, como também quando depara-se com os migrantes bem próximos de nós, dividindo o mesmo espaço social.

Ao questionar quem têm direito, Piovesan (2009, p. 108) remete à Declaração lembrando que os direitos são universais. A autora clama pela extensão universal desses direitos sob a ideia de que a condição de pessoa é requisito único e exclusivo para a titularidade de direitos. O valor da dignidade humana é um valor intrínseco à condição humana e não um valor extrínseco, a depender da minha condição social econômica, religiosa, nacional ou qualquer outro critério. No entanto, “as mais graves e perversas violações de direitos humanos têm a mesma raiz: negar ao outro a condição plena de sujeito de direito; ver no outro um objeto, uma coisa ou um ser apequenado na sua dignidade” (PIOVESAN, 2009, p.112).

Quais direitos? A declaração afirma a indivisibilidade dos direitos humanos. Os direitos econômicos, sociais e culturais estão em paridade com os direitos individuais em grau de importância. Tão importante quanto a liberdade é o acesso à saúde, à educação e ao trabalho, tão grave quanto morrer sob tortura é morrer de fome. Há uma paridade com relação ao eixo liberdade e ao eixo igualdade, há uma visão integral dos direitos humanos, firmando assim, uma relação de interdependência, inter-relação e indivisibilidade, não só estão em pé de igualdade, mas, um depende de outro. Não há verdadeira liberdade sem igualdade ao passo que não há verdadeira igualdade sem liberdade (PIOVESAN, 2009, p. 107).

A Lei de Migração (Lei 13.445/2017) garante aos migrantes, igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, assegurando-lhes também os direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicos, como também confere aos migrantes o acesso a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social, ou seja, os migrantes possuem o direito de ter acesso às políticas públicas, sendo vedada

qualquer forma de discriminação em razão da nacionalidade e condição migratória (BRASIL, 2017).

Por fim, importa destacar que a sociedade vive em constante movimentação e transformação, o que não é diferente quando se trata de direitos humanos, estes são uma construção social onde cada período da humanidade é marcado por diferentes atores sociais. Os atuais poderíamos assim dizer, são os migrantes e refugiados que lutam incansavelmente pelo seu reconhecimento e por seus direitos inerentes à dignidade humana. Para tanto, o reconhecimento como sujeito de direito é um dos principais desafios para a efetivação desses direitos, que por ora podem ser considerados “sujeitos nus” sob a teoria de Agamben (2010), invisíveis aos olhos do Estado e da sociedade. Eles existem, porém, fingimos não enxergá-los.

2.2.2 Migrante: o *Homo Sacer* contemporâneo

Observa-se no campo das migrações internacionais que a garantia dos direitos humanos não ocorre de forma tão intensa e efetiva, pois o que muito se vê é a violação destes. Por sua vez, os migrantes e refugiados que tem uma tendência de serem conceituados e vistos segundo Wermuth (2014) como “parasitas sociais” ou “inimigos do Estado”, vivem como não regularizados e desprovidos de direitos.

Nesta esteira, Senger (2016, p. 12) destaca que “o paradigma formado pela dicotomia nacional/estrangeiro constrói uma barreira aos imigrantes, uma vez que a soberania divide os que estão no país entre cidadãos e não cidadãos”. Essa divisão remete a uma cisão entre os que estão protegidos pelo direito nacional e aqueles que não estão. A soberania estatal é tão atenta que “nesses casos, nem mesmo os direitos assegurados em documentos internacionais são observados, ficando o imigrante à mercê da própria sorte”.

A discriminação e a exclusão do migrante durante o processo migratório é condição para um ser desprovido de direitos e exposto à vida nua. Para Agamben (2010) a vida nua está ligada a figura do *homo sacer*, um homem destituído de todo e qualquer amparo a seu favor, a uma condição de vida ou de morte destituída de provisões dignas, há perda de significado e de reconhecimento de si como ser humano.

Agamben (2010) usa os termos *zoé* e *bios* para explicar a vida nua, ambos remetem à vida, mas com sentidos diferentes. O primeiro expressa a vida na

dimensão biológica, como aspecto físico, morfológico que todos os seres humanos são portadores; já o segundo faz referência à dimensão social, de sujeitos de direitos e deveres, cidadãos, integrantes da sociedade política. Nesse sentido, o *homo sacer* seria dotado apenas da condição *zoé*, por haver perdido ou nem mesmo possuído da condição *bios* e a vida nua fica entre o limite da vida e da morte, não pertence a um campo nem a outro, apenas continua sobrevivendo. O fato de ficar fora do direito caracteriza um ser inominável, inclassificável, vulnerável.

Junto com a vida nua aparece a figura do campo, o espaço onde se materializa o estado de exceção e cria com isso um espaço de vida nua. Campo também é entendido como o espaço onde a mais absoluta condição inumana é atingida (AGAMBEN, 2010). Numa perspectiva atual, Duarte (2008. p.12) chama a atenção para o fato de que, não estamos diante de novos campos de extermínio? “O preso, o favelado, o migrante e imigrante, em suma, o pobre e o miserável das modernas democracias liberais ou de velhos redutos autoritários constituem tantas figuras que confirmam o caráter biopolítico e aporético da política contemporânea”, constituem aqueles que não podem ser incluídos no todo de que formam parte.

O estado de exceção é o espaço no qual a vida é destituída de qualquer sentido, no qual o Estado se apresenta excludente e includente e é esse mesmo Estado, o responsável pela consolidação do sujeito como vida nua, que não merece viver. O poder soberano é a forma de controlar o estado de exceção, “soberano é aquele que decide sobre o estado de exceção” (AGAMBEN, 2010, p. 19). Este conceito está relacionado com a vida e é através da biopolítica que se torna possível o Estado controlar totalmente os indivíduos, na “biopolítica moderna, soberano é aquele que decide sobre o valor ou desvalor da vida como tal” (AGAMBEN, 2010, p. 149).

Em “O que resta de Auschwitz”, Agamben (2008) relata algumas situações sobre o ocorrido no campo de concentração de Auschwitz durante a segunda Guerra Mundial e como se aplica o estado de exceção. Para isso destaca uma figura importante, o “muçulmano” que se torna *homo sacer* e que correspondia a certos presos judeus que haviam atingido determinada condição pelo fato de estarem doentes, desnutridos, levando uma vida degradante, não reagiam a qualquer hostilidade ou gentileza ou a qualquer outro estímulo, eram ali “mortos vivos”, sobrevivendo apenas, desprezível aos olhos dos outros presos e carrasco. O que Agamben pretende mostrar é que o poder soberano é violento e a consequência

mais radical desta atuação é a criação do *homo sacer* gerado deste estado de exceção. Além do muçulmano descrito por Agamben, existem outros *homo sacer* criados por uma estrutura estatal que exclui e violenta, dentre as quais se destaca a figura do refugiado.

Como asseveram Oliveira e Wermuth (2018, p.01):

os campos criados para a recepção de imigrantes em situação irregular se assemelham às condições dos campos de concentração de regimes fascistas. Nesse sentido, estabelece-se um paralelo com o estado de exceção, no qual se possibilita matar sem que haja homicídio, revelando-se que vidas indesejáveis podem ser descartadas por meio de um sistema oculto – e subjacente – ao estado de direito. Trata-se da biopolítica revelando as “vidas nuas”.

Em “Meios sem fim: Notas sobre a Política de Agamben”, a figura do refugiado aparece, na condição de não cidadania, afastados de direitos dos cidadãos. O refugiado acarreta também o estranhamento na sociedade, uma “figura inquietante”, uma ameaça à tríade Estado-nação-território (AGAMBEN, 2015, p. 24-25).

Este cenário expressa a influência da biopolítica nas migrações, no momento em que ela decide quem pode entrar nas fronteiras nacionais e quem deve ficar do lado de fora destas. É o controle estatal que se vale da biopolítica e que decide sobre qual imigrante será acolhido e qual será excluído. Entretanto, “a aqueles que não possuem relevância social é endereçado o abandono e o desrespeito a seus direitos humanos mais fundamentais, inclusive o direito à vida” (SENGER, 2016, p. 45-46).

É o que vem acontecendo na atualidade, várias situações marcam o *status* de *homo sacer* (detentor da vida nua) imposto ao imigrante, a exemplo do “abandono e desprezo nos centros de internação, muitas vezes detidos sem terem praticado efetivamente qualquer delito, as milhares de mortes ocorridas durante a tentativa de travessia do Mar Mediterrâneo”, como também, por meio da “violência policial a qual estão sujeitos, o tratamento discriminatório por parte da população autóctone, etc.” (WERMUTH, SENGER, 2017, p. 138). Políticas migratórias observadas principalmente nos países ricos, como Estados Unidos e países da União Europeia, usam do terrorismo e da crise econômica mundial para justificar a necessidade de manutenção da “segurança da população” e a “preservação das vidas e das vagas de emprego de seus nacionais”, a fim de excluir os migrantes. (WERMUTH, SENGER, 2017, p. 130)

A identificação dos imigrantes irregulares como sujeitos de risco, perigosos enquadra esses sujeitos como não pessoas, longe de ter direitos. Para Lyra (2013) a imagem dos imigrantes transmitida pela mídia corresponde a um extra comunitário, clandestino, dentre outras concepções. Estas não se referem nunca a um ser humano e ao haver a separação do homem e da esfera política, que inclui a ideia de cidadania, este não pode exercer seus direitos políticos, restando-lhes espaços de esquecimento social, conduzindo os imigrantes indocumentados ao limbo jurídico, uma espécie de controle biopolítico dos fluxos migratórios na contemporaneidade.

Entende Bauman (2017, p. 38) que, “uma vez classificado pela opinião pública na categoria de potenciais terroristas, os migrantes se encontram além dos domínios e fora dos limites da responsabilidade moral – e, acima de tudo, fora do espaço da compaixão e do impulso de ajudar”. Ao bater à sua porta, o indocumentado, indesejado, além de ser hostilizado pelo corpo social e desprotegido de direitos, resta-lhe ainda as mais diversas formas de violência em campos de “acolhimento” para imigrantes e refugiados (BAUMAN, 2017). As fronteiras estão abertas para o mercado mundial e para aqueles que irão contribuir para a ordem econômica do país e estarão fechadas para aqueles que não integram o grupo seletivo pelo estado. Tal prática reflete a biopolítica envolvida nas questões migratórias (SENGER, 2016).

Segundo Arendt (1989) muitas pessoas ou grupos vulneráveis são excluídos da teia de relações humanas que os afirmaria e que asseguraria seus direitos. Uma vez sozinhos e isolados, os direitos humanos que deveriam iluminar a dignidade destes indivíduos e afirmar seu valor onde quer que estejam, não chegam a essa população.

Sendo assim, a sociedade é uma fábrica de *homo sacer*, de sujeitos excluídos, invisíveis à concepção humana, como nos campos de concentração de Auschwitz são ignorados ou considerados qualquer outra coisa, exceto homens. Assim vivem milhares de migrantes e refugiados que dia após dias deixam sua nação em busca de dias melhores, enfrentando a biopolítica dos Estados “acolhedores”, que os invalidam da condição de sujeitos de direitos. De modo a contribuir com a abordagem, na sequência, se traz as migrações e os direitos humanos sob a perspectiva da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.

2.2.3 Migrações e direitos humanos a partir da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável

Para compreender o liame existente entre migrações e desenvolvimento a partir do que contempla a Agenda 2030 da ONU, importa diferenciar o crescimento econômico do desenvolvimento, uma vez que até meados do século XX estes eram tratados como sinônimos, sustentado por uma ideia de que crescimento econômico implicava em desenvolvimento. Esta relação sofre modificações quanto a seu entendimento e seus conceitos passam a ser vistos de modo diferenciado, porém, complementares.

Os conceitos devem ser abordados sob perspectivas diferenciadas, pois enquanto o desenvolvimento preconiza condições amalgamadas com o bem-estar e a dignidade da população, o crescimento prioriza a expansão e acumulação do capital. O crescimento é quantitativo enquanto o desenvolvimento é qualitativo.

Sachs (1992) assinala que o crescimento econômico é necessário, mas não o suficiente para garantir o desenvolvimento. O modelo de desenvolvimento instaurado perdeu de vista a amplitude de eficácia econômica, igualdade social e prudência ambiental, cumprindo apenas parcialmente os seus desígnios. O descompasso entre o prometido e o cumprido é visto por Morin e Kern (2005, p. 78-79) como uma “tragédia do desenvolvimento”, que se dá de duas formas, a primeira pelo “mito global” no qual as sociedades industrializadas atingem o bem-estar, reduzem suas desigualdades extremas e dispensam aos indivíduos o máximo de felicidade que uma sociedade pode dispensar e, segundo, como uma concepção redutora, em que o crescimento econômico é o motor necessário e suficiente de todos os desenvolvimentos sociais, psíquicos e morais.

Os mesmos autores ressaltam que uma concepção adequada do desenvolvimento deve ir muito além da acumulação de riqueza e do crescimento do PIB e de outras variáveis relacionadas à renda (MORIN, KERN, 2005). Sen (2005) destaca que é preciso enxergar muito além do crescimento econômico, pois expandir as liberdades que se tem não só torna a vida mais rica e mais desimpedida, mas também permite a criação de seres sociais mais completos, pondo em prática as volições humanas, interagindo com o mundo em que se vive e influenciando esse mundo. Desse modo, afirma ainda que não há liberdade sem oportunidades sociais propiciadas pelo acesso à saúde, à nutrição, à educação, à moradia, ao emprego, à

participação política e aos direitos humanos.

Em 1987, o Relatório Brundtland “Nosso Futuro Comum” inseriu a sustentabilidade no conceito de desenvolvimento, como sendo o modelo de desenvolvimento que procura satisfazer as necessidades da geração atual, sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades, o que significa possibilitar que as pessoas, agora e no futuro, atinjam um nível satisfatório de desenvolvimento social e econômico e de realização humana e cultural (COMISSÃO MUNDIAL SOBRE O MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, 1988).

A sustentabilidade é um compromisso com o futuro, numa solidariedade intergeracional, principalmente com a classe mais pobre do planeta e com aqueles que são vítimas do sistema globalizado, no caso em tela, com os milhares de migrantes órfãos de terra e de proteção humanitária. Esse compromisso foi reforçado em 2015, na sede da ONU, quando da deliberação sobre os novos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável global (ODS), que propuseram ações em áreas cruciais para a humanidade e o planeta. É um plano de ação para as pessoas, o planeta, a prosperidade, que deseja a paz mundial, são metas para que todos os países adotem, numa parceria global para melhorar a vida das pessoas tanto no presente quanto no futuro, voltados à dignidade humana, a efetivação dos direitos humanos e ao desenvolvimento sustentável (ONU, 2015a, OIM, 2017)

Os objetivos são integrados e indivisíveis e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a ambiental e a social. Diante deste contexto, as ações dos ODS são desafiadoras. “É um imperativo ético de solidariedade sincrônica com a geração atual e de solidariedade diacrônica com as gerações futuras” (SACHS, 2008, p. 15), pois, “falar em proteção, defesa dos direitos humanos, hoje, é falar no âmbito global, regional e local. Três vertentes que se inter-relacionam e que dialogam o tempo todo” (PIOVESAN, 2009, p. 108).

A população do planeta ultrapassa 7 bilhões de pessoas. Nesse contexto, os migrantes representam 3,5% da população mundial, estimado pela ONU em 272 milhões em 2019, com um aumento de 51 milhões desde 2010. Em 2019, as mulheres migrantes representavam 48% dos migrantes internacionais. Um a cada sete migrantes internacionais tem menos de 20 anos, o que corresponde segundo dados de 2019, 38 milhões de migrantes internacionais. Já três em cada quatro migrantes internacionais estão em idade produtiva (20 a 64anos), o que em 2019

corresponde a 74% do total dos migrantes, ou 202 milhões de migrantes (ONU, 2019). Nesse sentido, Ferreira (2017) alerta que no futuro, estima-se que o número de migrantes internacionais continue a aumentar, como resultado da globalização econômica, das pressões demográficas e ambientais. Assim, a previsão para 2050, é que mais de 405 milhões de pessoas vivam num país diferente do seu país de origem, numa população global prevista de 9,7 bilhões.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável representa uma visão comum para um mundo mais justo, sustentável e inclusivo. Ao salientar o impacto das crises migratórias, os deslocamentos forçados das pessoas, a Agenda apela para a transformação do mundo, e para o empoderamento dos grupos vulneráveis, jovens, pessoas com deficiência, idosos, indígenas, refugiados, deslocados internos e os migrantes, incluindo o acesso de todos a oportunidades de desenvolvimento e de realização de seus direitos. A Agenda ainda reconhece a contribuição positiva dos migrantes para o crescimento inclusivo e o desenvolvimento sustentável (ONU, 2015a; OIM, 2017).

A ONU, por meio da Agenda 2030, destaca que a migração internacional é uma realidade multidimensional de grande relevância para o desenvolvimento dos países de origem, de trânsito e de destino, o que exige respostas coerentes e globais. É preciso uma cooperação global para garantir uma migração segura, ordenada e regular que envolva o pleno respeito pelos direitos humanos e o tratamento humano dos migrantes, independentemente do *status* de migração, dos refugiados e das pessoas deslocadas, o que exige a resiliência das comunidades que acolhem refugiados, particularmente nos países em desenvolvimento. Destaca-se também, o direito dos migrantes de regressar ao seu país de cidadania, no qual os Estados devem assegurar que os seus cidadãos nacionais que estão retornando sejam devidamente recebidos (ONU, 2015).

Nos 17 ODS, 11 são referências explícitas às migrações, que, somadas as metas interligadas atuam como pontes de entrada para o debate das questões das migrações no contexto do desenvolvimento sustentável. A meta específica mais importante sobre as políticas de gestão das migrações está voltada à diminuição das desigualdades sociais. Os ODS reiteram os objetivos nacionais e mundiais de combater todas as formas de tratamento desumanos das pessoas e proteger para que não sejam vítimas do mesmo (OIM, 2017).

Nesta linha caminha a eliminação de todas as formas de violência das

mulheres e crianças, incluídas a exploração sexual e outros tipos de exploração, o tráfico de pessoas, sendo que mulheres e crianças constituem-se os sujeitos mais vulneráveis dentro do contexto das migrações. Um em cada oito migrantes é uma criança. Crianças pequenas e bebês nascidos ao longo de rotas migratórias são particularmente vulneráveis, bem como crianças migrantes desacompanhadas que podem estar sujeitas a exploração ou tráfico de seres humanos (OIM, 2017). De acordo com a ONU (2019) existem 50 milhões de crianças migrantes (incluindo migrantes internos) e metade dos refugiados do mundo são crianças.

Quanto às questões voltadas ao trabalho, a Agenda 2030 condena o trabalho forçoso e todas as formas de escravidão contemporânea, o tráfico de mão de obra e o trabalho infantil, busca proteger os direitos trabalhistas e promover um ambiente de trabalho seguro e sem risco para todos trabalhadores, incluindo trabalhadores migrantes, particularmente mulheres migrantes e pessoas com empregos precários (OIM, 2017).

Apesar de não existirem metas relacionadas à saúde expressamente previstas nos ODS relativas aos objetivos de migração, a migração é cada vez mais reconhecida como determinante social da saúde e pode influenciar a realização de muitos dos ODS. Embora a migração em si não seja uma causa de doenças, os migrantes enfrentam vulnerabilidades de saúde além de todas as proporções de outros contextos (dificuldades culturais, linguísticas, inclusão social). Abordar a saúde dos migrantes é uma pré-condição para o desenvolvimento social e econômico. Os migrantes devem ser incluídos na cobertura universal de saúde e em todas as metas de saúde. A compreensão da migração é essencial para fortalecer a preparação para emergências de saúde, desenvolver políticas de saúde inclusiva, assim como melhorar o acesso a serviços de saúde aos migrantes. A saúde dos migrantes é uma condição fundamental para o trabalho, uma vez que ao ser produtivo este contribui para a sociedade e para a realização de outros ODS (OMI, 2017). Deve assim ser garantido pelo Estado o acesso aos serviços de saúde de qualidade, eficazes e não discriminatórios, promover o bem-estar de todos independentemente de suas especificidades (FERREIRA, 2017).

As crianças migrantes devem ser incluídas nos objetivos da educação, pois a educação dos migrantes melhorará o desenvolvimento social e possibilitará a concretude de outros ODS. O desenvolvimento sustentável busca garantir a educação inclusiva, justa e de qualidade, promover oportunidades para

aprendizagem ao longo da vida para todos. Aproximadamente uma em cada 70 crianças no mundo vive num país diferente ao seu nascimento, e seu acesso a uma educação de qualidade pode ser limitada. O que se busca com os ODS é aumentar consideravelmente o número de jovens e adultos que possuem as competências necessárias, em especial técnico e profissional, para acesso ao emprego, trabalho decente e empreendedorismo. Integrar migrantes também pode contribuir para o diálogo nas relações entre migração laboral e educação, o que, por consequência, tende a fortalecer a relação entre oferta e demanda de capacidades (OIM, 2017).

Ainda sobre migrações e sustentabilidade, tem-se que é necessário trabalhar para alcançar cidades inclusivas, onde todas as pessoas tenham acesso à habitação adequada e aos serviços básicos. Uma casa mais acessível, como habitação pública ou ainda subsídios para renda, ajudariam a reduzir a necessidade de assentamentos informais e bairros marginais. Pensar em cidades inclusivas requer um planejamento proativo de assentamentos reativos para acomodar o crescimento urbano, e atender às necessidades de habitação dos migrantes urbanos. Suas necessidades devem ser levadas em consideração para a implementação de políticas públicas e de um planejamento urbano participativo e inclusivo (OIM, 2017).

A importância de cidades inclusivas que reconhecem os migrantes como pessoas, portadoras de dignidade humana, será trabalhada em abordagem própria que propõe um pensar sobre a alteridade a partir das cidades que acolhem os migrantes.

A migração também deve ser vista como uma ferramenta capaz de reduzir a pobreza dos migrantes e suas famílias. A migração é muitas vezes uma estratégia para as famílias enfrentarem os riscos de pobreza e insegurança alimentar, gerando resiliência diante das flutuações da produção agrícola, renda e emprego. Por essa razão encontra-se associada a resultados positivos em termos de educação e saúde para os próprios migrantes, como para suas famílias, e pode ajudar a melhorar o acesso a serviços básicos (OIM, 2017).

Migração, degradação ambiental e mudança climática se inter-relacionam. De acordo com a OIM (2017), atualmente, o número de pessoas deslocadas por desastres naturais relacionadas ao clima equivale ao dobro de pessoas deslocadas por efeito de conflito e violência, um número que deverá aumentar na medida em que os riscos climáticos se intensificam, o que reflete no contexto demográfico devido ao rápido crescimento populacional e urbanização. Geralmente, os migrantes

são os que enfrentam os maiores riscos em situações de desastres, pois habitam áreas marginais expostas a riscos naturais, como deslizamentos de terra e inundações.

A gestão integral e efetiva da migração implica numa ampla gama de ações, entre elas, a proteção dos direitos dos migrantes; a promoção do seu bem-estar; o melhoramento da integração dos migrantes nas comunidades de acolhida; mitigação e abordagem das vulnerabilidades dos migrantes e refugiados, deslocados internos, facilitando o reagrupamento familiar; o acesso e a inclusão nas políticas de proteção social, abordando a migração irregular e proporcionando caminhos para a regularidade, atendimento das necessidades das comunidades de acolhida; combate ao tráfico de migrantes e o facilitamento do reassentamento dos migrantes e retorno; promoção do Estado de Direito, e ainda necessária a igualdade de acesso à justiça. Outros objetivos da Agenda também podem contribuir para uma governança mais eficaz da sociedade, como a busca pelo fim da pobreza e da fome, da desigualdade social, a paz e a justiça, ajudarão a prevenir o número de crises e desastres no futuro, o que reduzirá o deslocamento que é um obstáculo fundamental para o desenvolvimento sustentável (OIM, 2017).

A Agenda convoca a humanidade para uma ação global, numa soma de esforços e parcerias, na medida em que o desenvolvimento sustentável somente pode ser realizado com paz e segurança. A Agenda ainda reconhece a necessidade de construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas baseadas no respeito aos direitos humanos (inclusive direito ao desenvolvimento) e na igualdade de acesso à justiça (OIM, 2017).

Verifica-se desta forma que a Agenda 2030 é um chamado a olhar o outro (migrantes) com olhos de respeito mútuo, como seres humanos iguais e com diferenças culturais e isto porque é tempo de promover a compreensão intercultural, a tolerância, a alteridade, uma ética planetária e a responsabilidade compartilhada. Todas as culturas e nações podem contribuir e são elementos fundamentais de desenvolvimento sustentável na acolhida dos migrantes.

2.3 Apontamentos sobre os direitos sociais

2.3.1 A dignidade humana e os direitos

Antes de adentrar aos direitos sociais, importante trazer para discussão algumas considerações sobre aquilo que abrange a dignidade humana, na medida em que a efetivação dos direitos sociais é determinante para a igualdade e a justiça social, garantindo assim, condições para que as pessoas possam ter uma vida mais digna e usufruir de outros direitos humanos.

Há uma íntima e indissociável vinculação da dignidade humana com os direitos humanos. A ideia da dignidade humana “parte do pressuposto de que o homem, em virtude tão somente de sua condição biológica humana e independente de qualquer outra circunstância, é titular de direitos que devem ser reconhecidos e respeitados pelos seus semelhantes e pelo Estado”, ou seja, é “elemento integrante e irrenunciável da natureza da pessoa humana, é algo que reconhece, respeita e protege, mas não que possa ser criado ou lhe possa ser retirado já que existe em cada ser humano como algo que lhe é inerente” (SARLET, 2015, p. 101-102).

Assim sendo, há de se acolher a lição de Barroso (2010) no sentido de que há três aspectos fundamentais da dignidade: valor intrínseco, autonomia e valor social da pessoa humana. O valor intrínseco está ligado à própria natureza do ser, ou que é comum e inerente a todos os seres humanos, um valor que não tem preço. Trata-se de um valor objetivo que independe das circunstâncias pessoais de cada um, a dignidade não depende de concessão, não pode ser retirada e nem mesmo perdida devido a, por exemplo, uma conduta indigna de seu titular. O valor intrínseco da pessoa humana impõe a inviolabilidade da sua dignidade e está na origem de uma série de direitos fundamentais, o primeiro dele é o direito à vida, o segundo o direito à igualdade, ou seja, todas as pessoas tem o mesmo valor intrínseco e merecem o mesmo respeito e consideração, independentemente de qualquer condição, o que inclui um tratamento não discriminatório na lei e perante a lei (igualdade formal), o respeito à identidade dos grupos sociais minoritários e diversidade (igualdade como reconhecimento). Do valor intrínseco resulta também a integridade física, moral ou psíquica.

Sobre a autonomia, Barroso (2010) destaca como elemento ético da dignidade, ligado à razão e ao exercício da vontade. Dessa forma, a dignidade como

autonomia envolve a capacidade de autodeterminação, o direito de o indivíduo decidir a sua própria vida e desenvolver livremente sua personalidade, ou seja, poder fazer escolhas existenciais e valorações morais sem ingerências externas.

A dignidade está subjacente também aos direitos sociais, onde merece destaque o conceito de “mínimo existencial”, uma vez que para a pessoa ser livre, igual e capaz de exercer a cidadania, precisa ter satisfeitas as necessidades indispensáveis a sua existência física ou psíquica. Como parâmetro é possível incluir o direito à educação, à saúde incluindo o acesso à água potável e ao saneamento, à assistência aos desamparados (alimentação, abrigo, vestuário, lazer, renda mínima), ao acesso à justiça como instrumento necessário para a obtenção das prestações correspondentes ao mínimo existencial quando não tenham sido entregues espontaneamente (BARROSO, 2010).

O “mínimo existencial” também mencionado por Sarlet (2006, 2013) ultrapassa a ideia da satisfação das necessidades básicas da vida, da sobrevivência física. Para o autor, o mínimo existencial é um direito fundamental, que além de ser um conjunto de prestações suficientes para assegurar a existência (a garantia da vida) humana, garante também uma vida com dignidade.

Ao lado do valor intrínseco e da autonomia, Barroso (2010) traz como terceiro e último elemento a dignidade como valor comunitário que abriga o seu elemento social, o indivíduo em relação ao seu grupo, aos valores compartilhados pela comunidade. É a responsabilidade de cada ser de ter respeito à dignidade do outro, pois segundo Mauer (2009) a dignidade do outro me obriga a fraternidade.

Em sentido semelhante, aduz Haberle (2009), que a dignidade da pessoa humana em sua dimensão social implica em responsabilidades diante da comunidade e dos outros indivíduos. A dignidade humana envolve tanto a esfera privada quanto pública, não somente o espaço interno do homem, mas o espaço social, comunitário. Uma responsabilidade que será vista mais adiante ao abordar a política pública de saúde e os serviços prestados em prol da comunidade e de todos indivíduos que procuram pelo acesso à saúde, nacionais ou não.

Vale registrar a observação que Sarlet (2012, p.64) faz, pois pelo “fato de que a dignidade da pessoa encontra-se ligada à condição humana, não há como descartar uma necessária dimensão comunitária (ou social) desta mesma dignidade de cada pessoa e de todas as pessoas”, justamente por serem iguais em dignidade e direitos pela circunstância de conviverem em determinada comunidade ou grupo.

Daí a importância de se verificar como está a alteridade dos profissionais de saúde quando dos atendimentos aos migrantes, afinal, garantir a hospitalidade e o respeito pelas diferenças no sistema de saúde é assegurar a própria dignidade humana dos migrantes. Isso significa dizer a partir de Sarlet (2012), que para além da vinculação do Estado, a ordem comunitária, entidades comunitárias e privadas encontram-se também, diretamente vinculadas ao princípio da dignidade humana, o que implica a existência de deveres de proteção e respeito também na esfera das relações entre particulares. Devido à condição igualitária e por remeter à ideia de solidariedade entre os membros da comunidade humana, o princípio da dignidade da pessoa vincula também no âmbito das relações entre os particulares.³

Considerando a dignidade como tarefa, o princípio da dignidade humana impõe ao Estado uma dupla função, o dever de respeito e proteção e a obrigação de promover as condições que viabilizem e removam os obstáculos que estejam impedindo as pessoas de viverem com dignidade. Assim, além da proteção e defesa, o Estado deve implementar medidas de precaução procedimentais e organizacionais com a finalidade de evitar uma lesão dos direitos fundamentais e da dignidade humana (SARLET, 2012). Encontra-se aqui, o grande fundamento de toda e qualquer política pública, não só garantir a concretização dos direitos sociais, mas acima de qualquer coisa atuar sempre em defesa da dignidade humana.

2.3.2 O Estado e os direitos sociais

A questão a ser enfrentada aqui está relacionada aos direitos sociais que correspondem a direitos que exigem prestações do Estado, como é o caso do direito à saúde que será trabalhado no decorrer desta pesquisa.

O Brasil adotou a partir da Constituição de 1988, o modelo de Estado de bem-estar social, muito embora a realidade institucional e social brasileira esteja muito longe desse paradigma. O *Welfare State* foi positivado na Constituição brasileira no

³ Onde não houver respeito pela vida e pela integridade física do ser humano, onde as condições mínimas para a existência digna não forem asseguradas, onde a intimidade e a identidade do indivíduo forem objetos de ingerências indevidas, onde a sua igualdade relativamente aos demais não for garantida, bem como não houver limitação do poder, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana, e esta não passará de mero objeto de arbítrio e injustiças. A concepção de homem-objeto, como visto, constitui justamente a antítese da noção da dignidade da pessoa humana (SARLET, 2015, p. 105-106).

art. 3º, I e III, e no art. 6º. A ordem posta por esse modelo de Estado segundo afirma Oliveira (2011, p.90), “preza pela igualdade, pela liberdade e pela dignidade da pessoa humana” e, ao mesmo tempo, “a visão do Estado Social consiste em oferecer aos cidadãos as prestações necessárias para o desenvolvimento pessoal na sociedade”.

A CF/88 dispõe como direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a alimentação, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência social aos desamparados. Por estarem reconhecidos no art. 6º, cimentados nos princípios da dignidade humana e da construção de uma sociedade livre, justa e solidária, dirigem-se a todas as pessoas membros da comunidade política e jurídica, ou seja, não correspondem a titulares de direitos fundamentais específicos.

Além de estabelecer os direitos sociais, a CF/88 ainda apresenta um amplo universo de normas no que diz respeito a programas, ações, diretrizes e fins a serem perseguidos tanto pelo Estado como pela sociedade. Os direitos sociais dizem respeito a algo a ser materializado, a ser realizado e representa ainda um gasto ou prestação positiva para o Estado e para a Sociedade (LEDUR, 2009). No entanto, importante destacar a posição de Sarlet (2015, p. 293) de que todos os direitos fundamentais, sejam os de índole prestacional, sejam os de cunho defensivo, exigem para a sua realização “um conjunto de medidas positivas, por parte do poder público, que abrangem a alocação significativa de recursos materiais e humanos para a sua proteção e implementação”.

A função prestacional dos direitos sociais se dá através dos serviços públicos, que por sua vez são “atividades de oferecimento de bens econômicos de cunho material, destinados à satisfação de relevantes necessidades dos seres humanos, ligadas à garantia e promoção de sua dignidade”, pelo qual “o Poder Público reputou demasiadamente importantes para relegá-las à sorte da iniciativa privada, com o receio de que elas deixassem de ser ofertadas ou se tornassem inacessíveis a uma parcela da população que delas necessitasse” (HACHEM, 2014, p. 510-511).

Hachem (2014, p. 510-511) ainda observa que serviço público “não é uma atividade que tem por objetivo tornar todos os cidadãos eternamente dependentes das ações estatais”. O Estado cria esses serviços e é obrigado a prestá-los para que se “garanta o seu oferecimento contínuo e em condições favoráveis às pessoas. Isso não quer dizer que a única forma de se fruir dos bens jurídicos tutelados pelos

direitos sociais seja mediante a utilização de serviços públicos”. O cidadão com condições financeiras ao contratar serviços particulares de educação e saúde sendo comercializados no setor privado, frui igualmente desses mesmos bens jurídicos e satisfaz o direito à educação e à saúde, obtendo-os por meio de uma atividade econômica e não de um serviço público.

Ao lado do direito fundamental ao serviço público adequado, posiciona-se o direito à implementação de políticas públicas, como parcela integrante do direito fundamental à tutela administrativa efetiva.

A contrapartida desse direito titularizado por toda a coletividade consiste no dever que recai sobre a Administração de enunciar políticas públicas voltadas à maximização da tutela dos direitos fundamentais sociais. Sendo ligado à dimensão objetiva de tais direitos, ele não tem como foco direto a produção de efeitos específicos em favor de um ou outro cidadão, mas sim a adoção estatal de medidas coletivas, que venham a possibilitar o exercício pleno dos direitos fundamentais sociais a toda a coletividade ou a grupos específicos que careçam de um tratamento diferenciado (HACHEM, 2014, p.520).

Corroborando com a ideia do autor, Ledur (2009, p. 87) destaca que os direitos sociais buscam “garantir um patamar social que se eleve acima do mínimo existencial”, através de um “conjunto de situações ou condições individuais e sociais que ao mesmo tempo proporcionem a autonomia do indivíduo, assegurem o bem comum, ou seja, a comum dignidade da pessoa em sociedade livre, justa e solidária”.

Sob o impacto da globalização, Sarmiento (2001, p. 154) destaca que o “Estado se debilita, na medida em que vai perdendo o domínio sobre as variáveis que influem na sua economia”. Por consequência, “deteriora-se a sua capacidade de formulação e implementação de políticas públicas, de regulamentação e fiscalização do seu mercado interno, e com isso o seu poder de garantir a eficácia dos direitos sociais”.

Este enfraquecimento do Estado leva a uma crise estatal, que é ao mesmo tempo uma crise dos direitos fundamentais, e, enquanto o enfraquecimento é festejado pela comunidade financeira, é assustador para as classes desfavorecidas. A crescente exclusão social, as altas taxas de desemprego, os alarmantes níveis de violência, a ausência de moradias dignas e acesso a serviços básicos por parte de boa parcela da população mundial, exigem cada vez mais políticas de assistência social do Estado, que, por sua vez, muitas vezes deixa de cumprir com a sua

finalidade de promover uma vida digna aos indivíduos (SARMENTO,2001; SARLET, 2001).⁴

Contudo, é fundamental a garantia dos direitos sociais para a autonomia e a ampliação das capacidades dos indivíduos, assim como, para o desenvolvimento da sociedade. Desse modo, toda e qualquer abordagem deve ser pensada aqui a partir do direito social à saúde, seja dos nacionais ou dos migrantes, como uma das condições para atingir esta finalidade.

Antes de adentrar no direito à saúde, é oportuno trazer o conceito de saúde que se adota, partindo da concepção da Organização Mundial da Saúde (1946), que entende a saúde além da simples ausência de doença ou de enfermidade, mas sim como:

um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos [...].

É nesta linha, que a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) consagra a igualdade em dignidade e direitos, sem distinção de raça, sexo, cor, língua, religião, opinião política, origem nacional ou social, como também traz a saúde como direito fundamental e condição necessária para garantir à pessoa um nível de vida capaz de desenvolver-se com dignidade. Logo, “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários” (ONU, 1948).

⁴ Sob este aspecto, Sarlet (2001, p.08) registra que a crise dos direitos fundamentais não se restringe aos direitos sociais: “a crise dos direitos sociais atua como elemento de impulso e de agravamento da crise dos demais direitos. Assim, apenas para ficarmos com alguns exemplos, constata-se que a diminuição da capacidade prestacional do Estado e a omissão das forças sociais dominantes, além de colocarem em cheque a já tão discutível efetividade dos direitos sociais, comprometem inequivocamente os direitos à vida, liberdade e igualdade (ao menos, no sentido de liberdade e igualdade real), assim como os direitos à integridade física, propriedade, intimidade, apenas para citar os exemplos mais evidentes. Basta, neste contexto, observar que o aumento dos índices de exclusão social, somado à crescente marginalização, tem gerado um aumento assustador da criminalidade e violência nas relações sociais em geral, acarretando, por sua vez, um número cada vez maior de agressões ao patrimônio, vida, integridade corporal, intimidade, dentre outros bens jurídicos fundamentais”.

Para Lucion (2016, p.32) “não se trata, pois, de apenas garantir que as pessoas não fiquem doentes, mas também de garantir que políticas sociais e econômicas promovam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a fim de efetivar a sua promoção, proteção e recuperação”. Ainda, se apropriando do entendimento de Moraes (1997, p. 188), a autora destaca que “a saúde não se restringe mais à busca individual e passa a ter uma feição coletiva na medida em que a saúde pública passa a ser apropriada pelas coletividades como direito social, como direito coletivo, bem como se alarga o seu conteúdo”.

A saúde indo além da ausência de enfermidades e do acesso aos serviços e da assistência médica, incorpora também a ideia de cidadania por entender o cidadão como uma construção social, agente protagonista do seu viver e detentor de direitos, que busca melhorias em sua qualidade de vida.

Se considerada como o exercício dos direitos políticos, civis, sociais, coletivos, logo, a cidadania está intimamente ligada à saúde, uma vez que, implica o exercício do direito a fatores determinantes e condicionantes da saúde, a exemplo da habitação, alimentação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, lazer, renda, devendo estes ser assegurados pelo Estado para que assim se garanta a finalidade maior que é alcançar o bem-estar. No entanto, importa destacar, que a cidadania é violada em situações que impedem o acesso e a promoção da saúde.

A cidadania remete à ideia de emancipação do homem e de conquista de direitos. Correa (2010, p. 24) define a cidadania como sendo a representação universal do homem emancipado e que faz emergir a autonomia de cada sujeito histórico. Significa um processo de luta por espaços políticos na sociedade a partir da identidade de cada sujeito. Dito de outra forma, a cidadania significa a realização democrática de uma sociedade compartilhada pelos indivíduos a ponto de garantir a todos o acesso ao espaço público e condições de sobrevivência digna, tendo como valor-fonte a plenitude da vida.

A saúde é uma condição para que o indivíduo possa gozar de todos os demais direitos humanos, pois sem saúde o indivíduo não dispõe de condições para usufruir dos seus direitos, como também de cumprir com seus deveres (DALLARI, 1992). Logo, o direito à saúde está interligado a outros direitos, que se retroalimentam, não existe um direito sem a efetivação de outro, o que devem ser vistos a partir da qualidade de vida e do princípio da dignidade humana.

A qualidade de vida segundo Machado (2002) representa a qualidade das

condições de vida, levando em conta fatores como a educação, moradia, saúde, alimentação, bem-estar, expectativa de vida, etc. No entanto, a qualidade de vida só se concretiza a partir de uma boa saúde e um bem-estar social. Todos têm o direito de viver. O mais importante é o direito de viver bem, dignamente. Não basta manter-se vivo, é preciso que se viva com qualidade, o que implica a conjunção de fatores e a concretude de demais direitos. É a partir desse entendimento que os direitos sociais devem ser observados a partir da perspectiva do desenvolvimento e das capacidades humanas.

2.3.3 Os direitos sociais sob a perspectiva do desenvolvimento e das capacidades humanas

O filósofo e economista Amartya Sen (2000) traz a ideia de desenvolvimento para dentro da discussão dos direitos sociais, alegando que nada contribui mais para o desenvolvimento que a criação de instituições e oportunidades sociais, políticas e econômicas que oportunizem as pessoas, exercerem a condição de agentes. O desenvolvimento tem liame com a realização de uma vida melhor para os seres humanos, onde se prestigiam os direitos fundamentais, a liberdade humana, floresce a criatividade, o motor da produtividade e do desenvolvimento. Sen (2000, p.10) é enfático ao dizer que “o desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente” e a eliminação de privações de liberdades é constitutiva de desenvolvimento.

Na sua visão, há “um número imenso de pessoas em todo o mundo que é vítima de várias formas de privação de liberdade. Fomes coletivas continuam a ocorrer em determinadas regiões, negando a milhões a liberdade básica de sobreviver”. Além disso, “muitas pessoas têm pouco acesso a serviços de saúde, saneamento básico ou água tratada, e passam a vida lutando contra uma morbidez desnecessária, com frequência sucumbindo à morte prematura”. No entanto, em países mais ricos é muito comum “haver pessoas imensamente desfavorecidas, carentes das oportunidades básicas de acesso a serviços de saúde, educação funcional, emprego remunerado ou segurança econômica e social”. No que se refere a outras privações de liberdade, há “um número enorme de pessoas em diversos

países do mundo são sistematicamente negados a liberdade política e os direitos civis básicos” (SEN, 2000, p. 29-30).

Sen preza as instituições que em suas atividades sociais, econômicas e políticas devem mobilizar suas tropas, a fim de contribuir “para a expansão e a garantia das liberdades substantivas dos indivíduos, vistas como agentes ativos de mudanças, e não como recebedores passivos de benefícios” (SEN, 2000, p. 11). Assim, o desenvolvimento requer que se “removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência de serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos” (SEN, 2000, p.18).

Nas palavras de Sen (2000), o homem é um agente, um ser capaz de agir, de intervir no mundo, de produzir mudanças e de realizar seus objetivos. Nesta perspectiva, as pessoas precisam ser vistas como ativamente envolvidas no seu próprio destino, em decorrência das oportunidades concedidas, e não apenas como beneficiários, sujeitos passivos de programas de desenvolvimento. Outrossim, o desenvolvimento implica que a perspectiva da liberdade seja colocada no centro do palco. “O Estado e a sociedade têm papéis amplos no fortalecimento e na proteção das capacidades humanas” (SEN, 2000, p. 71).

No tocante aos direitos sociais, Sen (2000) destaca a importância das políticas públicas, a exemplo da educação e da saúde, que complementam as oportunidades abertas pelas instituições e pelas atividades econômicas, suprindo lacunas e atuando na superação das privações e na construção do cidadão agente. Logo, o desenvolvimento com liberdade é aquele que respeita e prestigia os direitos fundamentais, e ao mesmo tempo em que melhora a qualidade de vida das pessoas, produz mudanças em outros aspectos, como a qualificação das habilidades produtivas, a criação de oportunidades sociais e, conseqüentemente, o próprio desenvolvimento. Por fim, é inaceitável o desenvolvimento econômico que não se faz acompanhar do desenvolvimento humano. Assim, não há que se falar em desenvolvimento, se não for o desenvolvimento econômico, social, cultural de uma sociedade, defende o autor.

Corroborando com a ideia, Mottin (2019) destaca que o fim de qualquer projeto estatal comprometido com o desenvolvimento não deve estar pautado apenas na busca do crescimento econômico, mas deve também estar voltado para a ampliação das capacidades de todos os indivíduos, o que recai na garantia dos

direitos sociais, pois sem a garantia das prestações básicas ao indivíduo, não há condições de superar as restrições de liberdade e promover a sua condição de agente. Dessa forma, para alcançar os reais escopos do desenvolvimento, é indispensável garantir uma atuação proativa do Estado na concretização de direitos sociais por meio de políticas públicas adequadas.

Quanto mais apta for uma sociedade para promover os direitos sociais que eliminem fonte de carecimento socioeconômico, que ampliem as capacidades humanas e promovam a autonomia das pessoas, mais desenvolvida será a sociedade. A partir de Sen constitui-se o primeiro passo para a reconciliação dos direitos sociais com o desenvolvimento, o que reforça a conexão e a interdependência entre esses dois conceitos (MOTTIN, 2019).

Enquanto para Sen (2011) a ideia da capacidade está ligada à liberdade, que confere aptidão real de uma pessoa para fazer diferentes coisas que ela valoriza, a filósofa norte-americana Martha Nussbaum (2013) propõe dez capacidades⁵ como

-
- 5 1. Vida. Ter a capacidade de viver até o fim e uma vida humana de duração normal; não morrer prematuramente, ou antes que a própria vida se veja tão reduzida que não valha a pena vivê-la. 2. Saúde física. Ser capaz de ter boa saúde, incluindo a saúde reprodutiva; de receber uma alimentação adequada; de dispor de um lugar adequado para viver. 3. Integridade física. Ser capaz de se movimentar livremente de um lugar a outro; de estar protegido contra ataques de violência, inclusive agressões sexuais e violência doméstica; dispor de oportunidades para a satisfação sexual e para a escolha em questões de reprodução. 4. Sentidos, imaginação e pensamento. Ser capaz de usar os sentidos, a imaginação, o pensamento e o raciocínio – e fazer essas coisas de um modo “verdadeiramente humano”, um modo informado e cultivado por uma educação adequada, incluindo, sem limitações, a alfabetização e o treinamento matemático e científico básico. Ser capaz de usar a imaginação e o pensamento em conexão com experimentar e produzir obras ou eventos, religiosos, literários, musicais e assim por diante, da sua própria escolha. Ser capaz de usar a própria mente de modo protegido por garantias de liberdade de expressão, com respeito tanto à expressão política quanto artística, e liberdade de exercício religioso. Ser capaz de ter experiências prazerosas e evitar dores não benéficas. 5. Emoções. Ser capaz de manter relações afetivas com coisas e pessoas fora de nós mesmos; amar aqueles que nos amam e que se preocupam conosco; sofrer na sua ausência; em geral, ser capaz de amar, de sentir pesar, sentir saudades, gratidão e raiva justificada. Não ter o desenvolvimento emocional bloqueado por medo e ansiedade. (Apoiar essa capacidade significa apoiar formas de associação humana que podem se revelar cruciais para seu desenvolvimento). 6. Razão Prática. Ser capaz de formar uma concepção de bem e de ocupar-se com a reflexão crítica sobre o planejamento da própria vida. (Isso inclui proteção da liberdade de consciência e de prática religiosa). 7. Afiliação. A. Ser capaz de viver com e voltado para outros, reconhecer e mostrar preocupação com outros seres humanos, ocupar-se com várias formas de interação social; ser capaz de imaginar a situação do outro. (Proteger essa capacidade significa proteger as instituições que constituem e alimentam tais formas de afiliação e também proteger a liberdade de associação e de expressão política). B. Ter as bases sociais de autorrespeito e não humilhação; ser capaz de ser tratado como um ser digno cujo valor é igual ao dos outros. Isso inclui disposições de não discriminação com base em raça, sexo, orientação sexual, etnia, casta, religião, origem nacional. 8. Outras espécies. Ser capaz de viver em relação próxima e respeitosa com animais, plantas e o mundo da natureza. 9. Lazer. Ser capaz de rir, brincar, gozar de atividades recreativas. 10. Controle sobre o próprio ambiente. A. Político. Ser capaz de participar efetivamente das escolhas políticas que governam a própria vida, ter o direito à participação política, proteções de liberdade de expressão e associação. B. Material. Ser capaz de ter propriedade (tanto de bens imóveis quanto de móveis) e ter direitos de propriedade em base igual à dos outros; ter o direito de candidatar-se a empregos em

exigências para que a pessoa desfrute uma vida com dignidade, como uma determinação de justiça social. As capacidades são garantias humanas centrais que devem ser asseguradas pelo Estado e pela comunidade internacional a todos os indivíduos, como mínimo de respeito que a dignidade humana requer. Com foco nas capacidades, a implementação de políticas sociais e governamentais podem colaborar com a Teoria da Justiça. Logo, a sociedade que não assegura esse mínimo não pode ser considerada como justa.

O enfoque das capacidades é completamente universal, as capacidades em questão são consideradas importantes para todo e qualquer cidadão, cada pessoa deve ser tratada como um fim (enfoque das capacidades) e dessa forma, o enfoque das capacidades é como uma espécie de abordagem dos direitos humanos, que corresponde a valores morais mínimos para uma existência digna, e devem ser garantidos e implementados pelos Estados que visem prover uma vida digna a seus cidadãos, especialmente os Estados Democráticos de Direito (NUSSBAUM, 2013).

Ohlweiler (2007, p.273) afirma que as políticas públicas, desta forma, estão diretamente relacionadas com o pressuposto de uma atividade de intervenção do Estado para a promoção do desenvolvimento econômico, social, cultural, político, e outros. Citando Bercovici (2005, p. 51), o desenvolvimento é condição necessária para a realização do bem-estar social. O Estado é, através do planejamento, o principal motor do desenvolvimento. Para desempenhar a função de condutor do desenvolvimento, o Estado deve ter autonomia frente aos grupos sociais, ampliar suas funções e readequar seus órgãos e estruturas.

Por fim, “a abordagem das capacidades pode ser percebida como uma fonte para a instituição de políticas públicas voltadas para o respeito das necessidades humanas fundamentais e efetivação da justiça social”. As dez capacidades propostas por Nussbaum, “aparecem como um ideal para dar embasamento à construção de projetos que visem resolver situações em que há ausência de garantia das necessidades humanas fundamentais”. Por sua vez, “as políticas públicas poderão agir com o objetivo de alcançar o ideal de sociedade justa, de maneira a efetivar as demandas voltadas para as necessidades humanas

base de igualdade com os demais; ter a liberdade contra busca e apreensão injustificadas. No trabalho, ser capaz de trabalhar como ser humano, exercendo a razão prática e participando de relacionamentos significativos de reconhecimento mútuo com demais trabalhadores (NUSSBAUM, 2013, p. 91-93).

fundamentais e colaborar com o processo de inclusão, garantindo o respeito aos direitos humanos” (ZEIFERT, STURZA, 2019, p. 116).

Pensar a dignidade humana a partir das capacidades requer um olhar diferenciado sobre as condições que norteiam viver uma vida plena e digna, orientado pela noção de sociabilidade e compaixão entre as pessoas, instrumentos para a promoção da justiça (ZEIFERT, STURZA, 2019). As capacidades humanas estão relacionadas à justiça social, aos direitos humanos (NUSSBAUM, 2014). Outrossim, justiça social presume igualdade de condições e de capacidades humanas que possibilitem assim o pleno desenvolvimento humano.

E é essa mesma igualdade que se espera na atenção e nas práticas das políticas públicas, principalmente, da política pública de saúde, objeto dessa pesquisa. A igualdade é um dos temas mais complexos para se tratar na atualidade, pois novas diferenças aparecem e passam a reivindicar a integração nas agendas públicas, suscitando respostas políticas e jurídicas. E quando se fala em implementação de políticas públicas sejam elas referentes à educação, saúde, à assistência social, à moradia, uma coisa é pensar nos serviços públicos para os nacionais e outra, bem diferente, é atender as necessidades dos migrantes, devido às questões culturais, sociais e linguísticas.

2.3.4 Por políticas públicas igualitárias e não discriminatórias

O Brasil é um país de migrantes, considerando que desde a sua colonização, se estabeleceram aqui migrantes de vários países, principalmente italianos, alemães, espanhóis, portugueses, japoneses que vinham em busca de crescimento e melhores condições de vida, o que resultou o crescimento no desenvolvimento do país, elevando a um papel destaque no cenário internacional (FIGUEREDO, ZANELATTO, 2017).

As crises econômicas, as catástrofes ambientais atuais têm provocado a imigração de milhares de haitianos que acessam outros países da América, especialmente o Brasil, a fim de obterem outras possibilidades de sobrevivência. O mesmo fenômeno ocorre com Senegaleses que sofrem com a precariedade econômica agravada após a crise global de 2008 (ZAMBAN, KAJAWA, 2017). Aqui também pode ser incluído o caso dos venezuelanos que recentemente, por causa da crise política, econômica e humanitária que assola a Venezuela, decidiram migrar

em busca de trabalho e melhores condições de vida e um dos principais destinos tem sido o território brasileiro.⁶

Como destacado por Zamban e Kajawa (2017, p. 76-77) “os processos de imigração são uma referência que demonstra outra faceta das iniquidades socioculturais, com destaque para a gravidade da intolerância religiosa, da xenofobia, dos conflitos armados e da crise econômica”. Logo, os processos migratórios submetem as pessoas “à precariedade jurídica, porque, normalmente, chegam ao destino de forma clandestina são expostos a superexploração do trabalho, bem como existem inúmeras dificuldades de integração às políticas públicas como educação e saúde” (ZAMBAN, KAJAWA, 2017, p.77).

Há na sociedade, de fato, muitas diferenças. Nenhuma pessoa é igual. Algumas diferenças tornam algumas pessoas permanentemente ou temporariamente mais fracas, e, por conta dessa situação, muitas vezes é preciso dar um tratamento protetivo para esse mais fraco e evitar qualquer discriminação. Por certo, os imigrantes que chegam ao país, podem ser considerados temporariamente mais fracos, por estarem em um país diferente, no qual, muitas vezes não dominam a língua local, não têm família ou amigos por perto, desconhecem as normas daquele país, dos costumes e cultura e, na maioria das vezes chegam sem emprego e precisando de trabalho para poder se sustentar (MARQUES, MIRAGEM, 2012; SILVA, LIMA, 2017).

A vulnerabilidade dos migrantes provoca a necessidade de proteção e assistência às pessoas que migram nas sociedades em que se estabelecem. No entendimento de Lussi (2015b, p. 60) “a temática migratória é nova para as políticas públicas no Brasil, o que nos coloca ainda em uma fase de aprendizagem do que o fenômeno representa” e da “compreensão que adotamos de seu significado para o país e da relevância das questões relacionadas com o tema”.

A inclusão dos migrantes e a implementação de ações orientadas a garantir os direitos sociais obrigam os Estados a reavaliar as políticas públicas. Garantir a educação, a saúde, o trabalho, a moradia digna à população migrante impõe desafios específicos, contudo, essas condições são fundamentais para a reestruturação pessoal e social dos migrantes.

6 A crise migratória venezuelana no Brasil. Entre 2015 e maio de 2019, o Brasil registrou mais de 178 mil solicitações de refúgio e de residência temporária. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>. Acesso em: 13 fev. 2020.

No campo da saúde, são de grande importância políticas de prevenção e intervenção voltadas às pessoas e às suas relações sociais, como também, políticas econômicas e ambientais a fim de garantir a saúde física, mental e ambiental do ser humano, de sua família e do meio ao que pertence.

Sendo assim, o reconhecimento do outro (migrante) pela sociedade e pelas políticas públicas é vital. No entendimento de Sarmiento (2019, p.242):

a falta de reconhecimento oprime, instaura hierarquias, frustra a autonomia e causa sofrimento. Vícios no reconhecimento têm também reflexos diretos nas relações econômicas e de poder presentes na sociedade, pois “fecham as portas”, criando embaraços ao acesso a posições importantes na sociedade para pessoas estigmatizadas. Daí por que uma dimensão importantíssima do princípio da dignidade humana é o reconhecimento intersubjetivo.

O reconhecimento é associado à valorização da pessoa reconhecida, a atribuição de um valor positivo a essa pessoa, algo próximo do que se entende por respeito (ASSY, FERES JÚNIOR, 2006). Nas palavras de Fraser ao ser citado por Sarmiento (2019, p. 242-243) a falta de reconhecimento ou reconhecimento deturpado importa na diminuição do sujeito e a postura desrespeitosa o degrada e compromete a sua possibilidade de participar como um igual, nas interações sociais. Uma das ideias-chave das políticas do reconhecimento é a de se buscar a construção de “um mundo sensível à diferença”.

O tema de reconhecimento vem sendo tema de intensos debates e o assunto ganhou maior projeção frente o reconhecimento ligado à emergência de uma série de movimentos sociais, especialmente a partir dos anos 60 do século passado, que veiculam reivindicações ligadas ao respeito e valorização de identidades coletivas: mulheres, negros, povos indígenas, LBTG, pessoas com deficiência. Essas reivindicações estão cada vez mais presentes na arena pública, e suscitam questões delicadas e importantes (SARMENTO, 2019).

De todo modo, hoje, quem “reivindica” o reconhecimento e a igualdade amparados pelo princípio da dignidade humana, são os migrantes. O respeito, os direitos, o reconhecimento postulados pelos migrantes não dizem apenas por parte da sociedade, implica também em relação às ações do Estado, que não raras vezes são invisíveis aos seus olhos. Em se tratando de políticas públicas, é necessário como Habermas (apud, Sarmiento, 2019, p.273) designou da “inclusão com sensibilidade para as diferenças”.

O não reconhecimento implica no desrespeito e reflete na privação de direitos. “O sujeito sequer alcança ou acaba por perder a estima social”. Logo, o “indivíduo é conduzido a uma rejeição gradativa decorrente de suas escolhas ou comportamentos que passam a diferenciá-lo das normas sociais generalizadas e, conseqüentemente, é marginalizado, torna-se despercebido”. Por sua vez, nessa situação, este “não tem suas capacidades, valores e comportamentos reconhecidos. Essas formas de desrespeito causam as relações conflituosas na sociedade” (POLI, 2015, p.219).

A teoria do reconhecimento pode ser uma importante fonte de estudos sociais e jurídicos e pode ajudar a verificar situações de desrespeito e causas de conflitos na sociedade e a partir da compreensão desses fatores, pode “auxiliar nas políticas públicas de modo a favorecer o processo do reconhecimento intersubjetivo, principalmente em questões como as do multiculturalismo, cidadania, direitos humanos, desrespeito às diferenças culturais, de gênero, de orientação sexual e de raça” (POLI, 2015, p.224-225). É nesta linha que caminha a importância da alteridade nas práticas dos profissionais da política pública de saúde para o reconhecimento dos migrantes como sujeitos de direitos, o que será analisado nesta tese.

Como observado por Sarmiento (2019, p. 270), “o que a igualdade postula não é o tratamento igual para todas as pessoas, mas sim o respeito a cada um como um igual. Tratar as pessoas como iguais implica reconhecer e respeitar as diferenças identitárias”. Nesta direção, é insuficiente tratar os indivíduos de forma genérica, geral e abstrata, o que vale também para as ações das políticas públicas. “Faz-se necessária a especificação do sujeito de direito, que passa a ser visto em sua peculiaridade e particularidade” (PIOVESAN, 2016).⁷

O princípio da igualdade tem base constitucional, onde todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantido aos brasileiros e aos estrangeiros que residem no País, o direito à vida, à liberdade, à igualdade entre outros direitos que garantam um mínimo existencial para desenvolver-se e que

⁷ Nesse sentido, Piovesan (2016, p. 37) aduz que, determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direitos, exigem uma resposta específica e diferenciada. Neste cenário, as mulheres, as crianças, as populações afrodescendentes, os povos indígenas, os migrantes, as pessoas com deficiência, dentre outras categorias vulneráveis, devem ser vistas nas especificidades e peculiaridades de sua condição social. Ao lado do direito da igualdade, surge também como direito fundamental, o direito à diferença. Importa o respeito à diferença e a diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial.

seja pautado pela dignidade humana. No entanto, “como as pessoas não são iguais, o respeito à diferença e às necessidades de cada um é um dos pilares mais importantes do conceito. Deve haver uma relação direta entre a desigualdade e a diferença observada, para que esta relação tenha pertinência” (BAHIA, 2017, p. 114).

Os direitos sociais, embora consagrados na Constituição, são embaraçados no dia a dia e a igualdade nem sempre se traduz na prática da sociedade multicultural. Lussi (2015a, p. 136) sustenta que:

não existe a igualdade em contextos de pluralidade sociocultural, menos ainda em contextos onde sujeitos migrantes interagem com autóctones, por vezes convergem e sempre se cruzam na luta por políticas públicas adequadas e, possivelmente, formuladas para garantirem equidade de tratamento e de acesso a direitos, bens e serviços. Homens e mulheres migrantes, em sua condição de estrangeiros, representam uma diferença imprescindível nos contextos locais onde buscam inserir-se, normalmente, como concidadãos “iguais” a todos os demais habitantes de um determinado território.

As desigualdades estão relacionadas às condições pessoais, sociais ou culturais, que discriminam ou excluem pela vulnerabilidade a qual as pessoas estão expostas. “Ser migrante 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 é o caso “da condição migratória irregular, do isolamento por não conhecimento do idioma ou por formas de exclusão social ou cultural, podem estar mais expostas aos riscos de violações de direitos por causa de suas desigualdades não reconhecidas pelas políticas públicas” (LUSSI, 2015a, p. 137).

Dessa forma, as políticas públicas para migrantes, “podem fortalecer as desigualdades, enquanto a inclusão da população migrante e refugiada nas políticas públicas pensadas em uma perspectiva integral e transversal favorece a integração e a prevenção de violações de direitos”, pois a “desigualdade não se combate com igualdade, se previne com equidade”. A equidade para migrantes é tema que merece ser considerado para “pensar políticas públicas na perspectiva dos direitos humanos, sem pretensão de buscar alguma forma de igualdade niveladora”. No entanto, “a desigualdade pode ser também ato ou sintoma de discriminação e, como tal, requer análises profundas e políticas corajosas para que sejam capazes de ação incisiva” (LUSSI, 2015a, p. 136-137).

No entendimento de Zamban e Kujawa (2016, p. 62) “as políticas públicas são um importante recurso que os Estados dispõem para enfrentar os graves dilemas sociais que ameaçam o seu funcionamento e a sua organização em vista da justiça social”. Por sua vez, o Brasil está engatinhando nas respostas às demandas específicas da população migrante, o que implica “pensar, planejar e implementar serviços que representam e fomentam o acesso a direitos e processos progressivos de cidadania para toda a população, sem exclusão de quem nasceu em outro país” e, “numa aprendizagem que leva a reinventar a relação da população autóctone e de seu governo com pessoas, famílias e grupos de migrantes” (LUSSI, 2015a, p. 137).

De acordo com o Relatório das Migrações da Organização Internacional de Migrações (OIM), a migração internacional é um fenômeno complexo que aborda uma multiplicidade de aspectos econômicos, sociais e de segurança que afetam nossa vida cotidiana em um mundo cada vez mais interconectado. Migração é um termo que abrange uma ampla variedade de movimentos e situações que envolvem pessoas de todas as esferas da vida e origens. Mais do que nunca, a migração atinge todos os estados e pessoas em uma era de aprofundamento da globalização (OIM, 2018).

Sendo assim, as políticas públicas voltadas a responder aos desafios das migrações, precisam ser interdisciplinares e contextualizadas, o que significa dizer que:

um protocolo de atendimento de uma população migrante pode não corresponder ao perfil de outra comunidade ou outro fluxo no mesmo território. Origem, condições das relações bilaterais entre país de origem e de destino, história e cultura dos povos que se encontram através de deslocamentos populacionais, situações pessoais ou socioculturais contingentes do momento em que o fator migratório acontece, momento histórico em que a política é pensada ou decidida, fase do projeto migratório em que a pessoa ou o grupo se encontram, entre tantas outras variáveis, incidem de modo determinante nas condições, potencialidades e exigências de políticas adequadas de acolhida e de integração nos países de imigração. O que se requer são políticas que garantam acesso aos direitos assegurados a todos e também políticas que respondam às diferenças para que estas não se tornem fatores que cristalizam desigualdades discriminatórias (LUSSI, 2015a, p. 142).

Se a globalização é inevitável, também deve ser inevitável a evolução e as mudanças nas políticas públicas, de modo que estas contemplem as demandas contemporâneas, no caso em tela, as migrações contemporâneas. Assim, o Estado deve possibilitar políticas públicas voltadas à proteção aos direitos dos migrantes, por intermédio de “uma política anti-discriminatória e de universalização, que seja

capaz de transformar a migração em um fator de desenvolvimento, dando efetivo valor à pessoa humana, independentemente de sua origem” (RIKILS, 2018, p. 103).

Por outro lado, a “adoção de políticas públicas específicas para abrigar e atender as necessidades dessas pessoas em condição de vulnerabilidade, faz-se cada vez mais necessária e deve estar baseada no respeito à dignidade humana, princípio adotado pela Constituição” (RIKILS, 2018, p. 65). Desse modo “as políticas de saúde, educação e integração são necessárias para que os migrantes se adaptem e iniciem construção de seu espaço próprio na nova localidade de destino” (COUTINHO, BIJOS, RIBEIRO, 2018, p. 120).

Ademais, quando a temática migratória não entra na agenda por vontade política, pode entrar por necessidade emergente e com complexidades. Trata-se de “garantir o ‘direito a ter direitos’ também à população que escolheu este país para viver, ao menos por um tempo, mesmo tendo nascido em outro lugar” (LUSSI, 2015a, p. 142). A autora fazendo referência a Nyers, bem observa:

Ninguém é efetivamente um “João-ninguém”; o que acontece é que migrantes e refugiados, por razões concordadas entre interesses e experiências pregressas de autóctones – sociedade e seus políticos, podem ter seu direito a ter direitos de cidadania na sociedade do país de imigração limitado por uma “hierarquia de pertença” (Nyers, 2010, p. 138). Esta faz que algumas pessoas sejam consideradas menos cidadãs que outras, por desigualdades impostas à custa do reconhecimento da mesma dignidade humana para todos (LUSSI, 2015a, p. 142).

Como aduz Lussi (2015a, p. 143) “homens e mulheres migrantes apontam para um bem-estar que não se refere à igualdade, mas à mesma dignidade e garantia de direitos”, bem como “na alteridade de situações e de condições que as políticas públicas não conseguem incluir se não considerarem as desigualdades de fato”.

Conforme foi visto, Sen e Nussbaum trazem uma discussão sobre a liberdade e as capacidades para dentro do campo central do desenvolvimento. Nesta seara, a efetivação dos direitos sociais e as políticas públicas são instrumentos para desenvolver a liberdade e as capacidades dos indivíduos, o que não é diferente na figura dos migrantes, aliás, poderia ser dito, ainda mais relevantes considerando a vulnerabilidade dessa população.

Lussi (2017) traz outra abordagem sob uma perspectiva do protagonismo, vindo ao encontro das ideias de Sen e Nussbaum, no sentido da fundamentalidade

de se estabelecer um espaço de reinvenção das relações, capaz de oportunizar o protagonismo dos sujeitos em mobilidade. Sobre o protagonismo se refere à “capacidade dos sujeitos, individuais e coletivos dos fluxos de mobilidade humana, de exercer uma subjetividade ativa e responsável, incidindo em seus projetos pessoais, assim como nas relações que vivem, junto às instituições com as quais interagem e na sociedade em geral”. O termo indica ainda “o esforço e a condição pela qual sujeitos em situação de mobilidade se movimentam e se relacionam com contextos marcados por desafios e lutas” (LUSSI, 2017, p.481).

A expansão das liberdades e das capacidades favorece o protagonismo dos atores em mobilidade junto ao tecido social. Logo,

saber identificar onde e como pode ser favorecido ou exercitado um protagonismo ativo de pessoas e grupos em mobilidade é prevenir a exclusão e melhorar a capacidade de incidência, junto com a qualidade de vida de migrantes e refugiados, prevenindo vulnerabilidades, fortalecendo a resiliência e ampliando a coesão social e o sucesso dos processos migratórios (LUSSI, 2017, p. 481-482).

Sendo assim, o Estado é fundamental para o desenvolvimento das pessoas como protagonistas, agentes ativos da sociedade e o cumprimento da sua função na efetivação dos direitos sociais, cria oportunidades que dignificam a vida das pessoas, especialmente dos migrantes que precisam de um espaço aberto pra desenvolver suas capacidades e liberdades e nesta seara a política pública de saúde tem suas responsabilidades e desafios, o que será o objeto da próxima abordagem.

2.4 Saúde, sociedade e política pública

2.4.1 A política pública de saúde enquanto sistema de proteção social

A saúde é um direito social, não vinculado apenas à possibilidade de compra da assistência, mas à atividade prestadora do Estado, independente das possibilidades individuais. Mais do que isso, a saúde configura-se como direito a não ficar doente, impondo atuação antecipada de serviços que garantam a salubridade pública. É justamente por isso, que a saúde aproxima-se da ideia central de qualidade de vida e constitui um dos elementos da cidadania. Junto com o direito à cura, à prevenção de doenças, vem o direito a uma vida saudável, aos benefícios do

desenvolvimento, ao trabalho e à alimentação adequada. Para além do acesso à assistência médica, o direito à saúde requer relações sociais que possibilitem a qualidade do cotidiano e assume posição reflexiva, relacionada não apenas à sobrevivência, mas a uma vida qualificada (LUIZ, KAYANO, 2010).

A política pública de saúde integra a arena de ação social do Estado e como uma política social, ela envolve vários elementos políticos, econômicos, sociais, institucionais, técnicos, culturais, dentre outros. A política social consiste em todas as políticas que os governos desenvolvem voltadas para o bem-estar e a proteção social, ou seja, é uma atividade que decorre do sistema de proteção social, que envolve o desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais. Tradicionalmente, as políticas sociais abrangem as áreas da assistência social, saúde, educação, habitação e previdência que estão diretamente ligados ao bem-estar social (FLEURY, OUVÉNEY, 2012).

Como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca numa interconexão entre diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos, famílias e grupos sociais, entre os cidadãos e os poderes públicos, entre os beneficiários e provedores de bens e serviços o que envolve formas de relação diferentes e estratégias específicas para cada caso (FLEURY, OUVÉNEY, 2012). É nesse sentido que, Viana e Baptista (2012, p. 60) “a política pública é o Estado em ação, o processo e construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociações”.

A política pública de saúde se relaciona com as demais políticas sociais e econômicas, o que na maioria das vezes não ocorrer de modo tão tranquilo, pois os governos costumam ver as políticas sociais como áreas de gastos e não de produção. Em momentos de crise econômica e contenção de gastos governamentais, as áreas sociais são as que mais sofrem com os limites de gastos impostos pelo governo, com vista à preservação do equilíbrio financeiro (FLEURY, OUVÉNEY, 2012).

No entanto, como já visto em abordagem anterior, os direitos sociais objetos das políticas públicas devem ser vistos como elementares do desenvolvimento econômico e social e especialmente, como condição de qualidade de vida e ampliação das liberdades e capacidades.

A política de saúde está basicamente organizada de acordo com diferentes tipos de atividades e níveis de atenção, que vai desde a assistência farmacêutica, atenção básica, média e alta complexidade e ações com foco em grupos populacionais específicos (crianças, idosos, mulheres, homens, trabalhadores, pessoas com deficiência, pessoas com problemas mentais, população indígena, quilombola, entre outros) e ações de vigilância em saúde (vigilância de doenças, agravos e fatores de risco) e vigilância ambiental (IPEA, 2011). Envolve um sistema de saúde, entendido como “o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes de uma dada população que se concretizam em organizações, regras, serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde” (LOBATO, GIOVANELLA, 2012, p. 89).

Nesse sentido, enquanto sistema de saúde traça-se uma analogia entre a política de saúde e a teoria da “Teia da Vida” desenvolvida pelo físico, cientista e ambientalista Frijot Capra (2007) que propõe uma compreensão científica de todo sistema vivo, sejam eles sistemas sociais ou ecossistemas, a partir de uma nova percepção da realidade, equiparando-os a uma teia com pontos de entrelaçamentos e interdependência de todas as ações biológicas, humanas e sociais. Esses pontos compõem redes de relacionamentos, onde cada ponto é uma rede que se inter-relaciona com as demais. E é assim o que acontece na Política Pública de Saúde, uma inter-relação entre pontos e rede que se dá através das ações e serviços de saúde.

A discussão do sistema de saúde segue nesta linha, de um sistema pelo qual o homem está inserido nele, como ponto interligado a outros pontos do sistema, o que compõe uma vertente sistêmica defendida por Capra (2007). Entender a interdependência ecológica significa entender relações. Isso determina as mudanças de percepção que são características do pensamento sistêmico das partes para o todo, de objetos para relações, de conteúdo para padrão. Uma comunidade humana sustentável está ciente das múltiplas relações entre seus membros. Nutrir a comunidade significa nutrir essas relações (CAPRA, 2007, p. 219).

Daí a afirmação de Schmidt (2008, p. 2326) no sentido de que os processos são dinâmicos, cabendo aos analistas das políticas acompanharem os movimentos dos atores nas mais diversas arenas. “A relação entre poderes (executivo, parlamento, judiciário), as relações dos poderes com as forças da sociedade civil e

as que acontecem com as próprias forças sociais, são aspectos que definem o resultado das políticas públicas”. Nesse contexto, as relações entre os atores políticos sempre acontecem em um determinado espaço social, um palco denominado de “arenas políticas”, onde acontece um jogo de tensões entre os atores. Assim, é fundamental na análise da política identificar a natureza e as características das arenas, nas quais ocorrem interações dos autores (SCHMIDT, 2008).

É por isso que se afirma que “o direito à saúde será ou não garantido conforme a participação dos indivíduos no processo” (DALLARI, 1988, p. 59). O direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção, pois as pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que desejam ter com o meio ambiente, escolher em que cidade quer viver e que tipo de vida pretende adotar, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que procurarão e o tipo de tratamento se submeterão. Note-se, porém, que o direito à saúde implica ainda na liberdade do profissional de saúde para determinar o tratamento, escolhendo entre todas as alternativas existentes aquela que, em seu entender, é a mais adequada (DALLARI, 1988).

É óbvio, então, que a efetiva liberdade necessária ao direito à saúde depende do grau de desenvolvimento do Estado. De fato, somente no Estado desenvolvido socioeconômico e culturalmente, o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social e para, adoecendo, participar do estabelecimento do tratamento (DALLARI, 1988).

Por outro lado, verifica-se também, em seus aspectos sociais, que o direito à saúde privilegia a igualdade. “As limitações aos comportamentos humanos são postas exatamente para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade”. Por sua vez, para “preservar-se a saúde de todos é necessário que ninguém possa impedir outrem de procurar seu bem-estar ou induzi-lo a adoecer”. “A garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo nível a todos que deles necessitam também responde à exigência da igualdade” (DALLARI, 1988, p. 59).

O bem-estar dos indivíduos é essencial para uma sociedade mais justa e democrática, não basta a cura de doenças e agravos, “é preciso que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência”. Por sua vez, a “falta de condições de saúde fragiliza os indivíduos, comprometendo a sua participação integral na sociedade”. Estes argumentos

indicam que “o direito à cidadania vem como condição de igualdade entre todos os indivíduos da mesma comunidade” (LOBATO, GIOVANELLA, 2012, p. 91-92).

Por outro lado, a prestação de serviço é um dos objetivos do sistema de saúde, logo, serviços melhores implicam melhor desempenho dos sistemas e melhores condições de vida das populações. Melhores serviços estão ligados a uma estrutura bem organizada, os diversos níveis de atenção estão conectados e funcionam em harmonia, tendo como fio condutor, as necessidades coletivas e individuais (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

É o que será abordado a seguir, a forma como se dá a prestação do serviço público de saúde no Brasil e a política pública envolvida, na busca de compreender a organização do sistema de saúde, o envolvimento entre esferas, profissionais e a população, na garantia do direito à saúde e bem-estar das pessoas.

2.4.2 A política pública de saúde no Brasil

A seguridade social foi instituída no artigo 194 da Constituição Federal de 1998 e ela compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. No art. 196, a saúde vem como um “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).

Logo, “o Estado deve não apenas garantir os serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas adotar políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, evitando assim, o risco de adoecer” (SANTOS, 2010b, p.145).

Importante destacar o que se considera acesso à saúde. Para Assis e Jesus (2012, p.2868) esse acesso representa o “grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade, “é a liberdade de usar serviços de saúde”. O acesso universal segundo Paim (2009, p. 45) é a possibilidade de todos “poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural”. Ou seja, o acesso universal pretendido é para todos, sejam eles “ricos ou pobres, homens e mulheres, velhos e crianças,

nordestinos e sulistas, negros ou brancos, moradores da cidade ou do campo, índios ou quilombolas, analfabetos e letrados, independente de raça, etnia ou opção sexual” (PAIM, 2009, p. 45).

O acesso também deve ser igualitário, ou seja, um acesso igual para todos, sem qualquer discriminação ou preconceito. Paim (2009, p.45) observa que a “igualdade é valor importante para a saúde de todos”, Contudo, lembra que há situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, “atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, impedindo atingir a igualdade”. A equidade em saúde “admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para alcançar a igualdade” (PAIM, 2009, p. 45).

Por último, o autor ainda questiona: o que são ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde? Nesse rumo, sustenta que “promover a saúde significa fomentar, cultivar, estimular por intermédio de medidas gerais e inespecíficas à saúde e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades”. A promoção da saúde importa “em boas condições de vida, educação, lazer, paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento e ambiente saudável entre outras” (PAIM, 2009, p. 45-46). É neste sentido que vem o posicionamento Mendes (2001, p.13) ao destacar a ideia de Sen sobre o desenvolvimento, na medida em que “o desenvolvimento vai além da ideia reducionista de crescimento econômico, para situar-se como um processo de expansão das liberdades reais, uma delas a possibilidade de ter acesso a bons serviços de saúde”.

O proteger a saúde consiste em reduzir ou eliminar os riscos, por meio de ações específicas (vacinação, distribuição de camisinhas, uso de cinto de segurança, controle da qualidade da água e alimentos, etc). Logo, recuperar a saúde requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno, limitação do dano, evitando complicações ou sequelas. Para o autor, “a atenção à saúde na comunidade e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar representam as principais medidas para a recuperação da saúde”. É por estes motivos, que “as ações e serviços de saúde são de relevância pública” (PAIM, 2009, p. 46).

Para dar materialidade à Política de Saúde Brasileira, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS)⁸ que foi definido pela Lei nº 8.080/1990 (Lei

8 O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio

Orgânica da Saúde) como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgão e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo poder público”, destinado a todos os cidadãos independentemente da relação formal de trabalho e contribuição à seguridade social.

A Lei Orgânica da Saúde “regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (art. 1º), considerando que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (art. 2º).

Nas palavras de Mendes (2001, p.58), os sistemas universais de saúde são aqueles que “oferecem a todos independentemente de sexo, idade, renda ou risco, com financiamento público, o mesmo pacote essencial de serviços, a partir do qual os cidadãos podem recorrer a serviços suplementares providos privadamente”.

Nesse rumo, convém salientar, que o SUS “é fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil”. Logo, pode-se afirmar que “a criação do SUS objetivou alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária” (VIEGAS, PENNA, 2013, p. 182). A partir da CF/88 passa a se considerar a saúde:

como resultado das condições de vida das pessoas. Não é adquirida apenas com assistência médica, mas principalmente pelo acesso das pessoas a emprego, salário justo, educação, habitação, saneamento, transporte, alimentação, cultura, lazer e a um sistema de saúde digno e de qualidade. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida. Nesse sentido, a atenção à saúde se dá com responsabilização, com a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, respeitando sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade. Cuidar para qualidade de vida, é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação. E, assim, esses segmentos compõem um dispositivo maior que é a integralidade (VIEGAS, PENNA, 2013, p. 182).

da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas consagradas nas CF/88. Se antes a saúde era entendida como estado de ausência de doenças, o que fazia com que todo o sistema girasse em torno da cura dos agravantes da saúde, remediar os efeitos sem importar com as causas, esta concepção deu lugar a um novo entendimento acerca da saúde, centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Dessa forma, a saúde passa a estar relacionada com a qualidade de vida da população.

Tal como sublinhado por Capra (1982, p. 301) nos últimos trezentos anos, a cultura da sociedade adotou a concepção do corpo humano como uma máquina, devendo ser analisada considerando suas partes. Nesta concepção, “a mente e o corpo estão separados, a doença é vista como um mau funcionamento de mecanismos biológicos, e a saúde é definida como a ausência de doença”. No entanto, essa ideia foi lentamente eclipsada por uma concepção “holística” e “ecológica do mundo”. O universo deixa de ser considerado uma máquina, e passa a ser considerado um sistema vivo, baseado na inter-relação e interdependência essenciais de todos os fenômenos, por meio de processos dinâmicos.

Para Capra (1982, p. 301) o “pensamento sistêmico é pensamento de processo e, por conseguinte, a visão sistêmica encara a saúde em termos de um processo contínuo”. A saúde é um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. “Essas múltiplas dimensões da saúde afetam-se mutuamente, de um modo geral; a sensação de estar saudável ocorre quando tais dimensões estão bem equilibradas e integradas”..

O Estado detém a responsabilidade de assegurar o acesso universal e igualitário a todos os cidadãos em nação brasileira, e por meio de uma visão sistêmica, deve se atentar aos princípios e diretrizes norteadoras do funcionamento do SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade, se assim deseja garantir a qualidade de vida e o bem-estar da população.

Quanto à universalidade, “a evolução do sistema de serviços e saúde brasileiro mostrou que a universalização sonhada pelo movimento sanitário e desejada pela maioria dos constituintes transformou-se, na prática social, no pesadelo da segmentação”. O que acontece é que “o Sistema Único de Saúde, que deveria ser um sistema universal e gratuito, vem se transformando num sistema para os pobres, com todas as consequências perversas que a segmentação implica”

(MENDES, 2001, p 109). Embora se tenha presenciado muitos avanços no sistema de saúde brasileiro, estas situações estão bem presentes no cotidiano.

No dia a dia, o universal dá lugar à exclusão, ao descaso público, à discriminação, o que no entender de Bobbio (1992, p. 25), não se está diante de um problema filosófico, mas sim jurídico e político. Não basta saber quais e quantos são esses direitos, qual é a sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, mas interessa, qual é a forma mais segura para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados.

Já a partir da integralidade, todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis do sistema de saúde. Nesse sentido, o SUS não fica restrito à atenção básica, pois dependendo da necessidade de cada situação, a legislação vigente assegura que a pessoa tenha acesso a serviços preventivos e curativos de caráter especializado ou hospitalar, o que envolve todos os níveis de complexidade do sistema. Na incapacidade do município em garantir o atendimento de um caso, este deve estabelecer acordos com outras secretarias municipais que disponham dos serviços, inclusive, se necessário, recorrer ao apoio da secretaria estadual de saúde. Do mesmo modo, na insuficiência do Estado de resolver situações mais complexas em seu território, deve recorrer ao Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS (PAIM, 2009).

Em outras palavras, o sistema de saúde tem de garantir uma assistência efetiva e de qualidade, capaz de resolver os problemas, tão logo apareçam. “Esta diretriz do SUS que busca compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais ou coletivas, é conhecida como a integralidade da atenção”. Isso representa “uma inovação nos modos de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidades de saúde da população de um bairro ou de uma cidade” (PAIM, 2009, p. 50).

Em que pese ao princípio da equidade, Silva e Almeida Filho (2009, p.218) citam a teoria de justiça de Rawls que propõe a equidade como a “igualdade de oportunidades e também de distribuição de bens e serviços referentes a necessidades básicas”, o que significa dizer a partir desta teoria que “a justiça está relacionada com igualdade de oportunidades, de liberdade, bem como distribuição igual dos principais determinantes da saúde”. Se utilizando do entendimento de Travassos e Castro (2012, p. 183) “as desigualdades sociais de saúde e no acesso e na utilização de serviços de saúde expressam oportunidades diferenciadas em

função da posição social do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social, ou seja, iniquidades”.

A equidade em saúde pode ser interpretada como “o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente” (SILVA, ALMEIDA FILHO, 2009, p, 221). No entanto, destaca o autor que deve se levar em consideração a diversidade, o que abrange uma variação de características de uma população (etnia, gênero, cor, cultura, nacionalidade, etc).

Um dos principais obstáculos à transformação do SUS num sistema universal está nos valores prevalecentes na sociedade brasileira, que “tendem, cada vez mais, a distanciar-se dos valores da solidariedade”. “Esta tendência é nítida nos segmentos da classe média, formadores de opinião e que, crescentemente, afastam-se dos sistemas públicos”. Por sua vez, “retiram-se das escolas públicas e do sistema público de saúde, contratam segurança particular, cercam suas casas com arames eletrificados ou vivem como prisioneiros de luxo em condomínios fechados” (MENDES, 2001, p. 120).

Muito embora o SUS não tenha sido um programa destinado para os pobres, na prática o alvo de atendimento acaba recaindo no atendimento à população mais vulnerável. Tal ideia faz parte do imaginário social, na medida em que famílias que possuem condições financeiras ou planos de saúde procuram a rede particular, quase não procurando as unidades de saúde, por considerarem o serviço para quem precisa. Outra questão que se levanta, presente também no imaginário social, é que os serviços públicos são carentes de qualidade, por isso desvalorizados muitas vezes pela população (MENDES, 2001).

Assim, o isolamento da classe média leva “à formação de guetos de políticas públicas para os pobres e, portanto, a segmentação generalizada dessas políticas. A segmentação é perversa em todos os sistemas e não só na saúde”. (MENDES, 2001, p. 120-121). Citados por Mendes (2001, p. 121), Puryear (1997) destaca que o mesmo ocorre na educação, pois “a segmentação da educação fundamental penaliza os pobres, por que os sistemas exclusivos de pobres são de pior qualidade e levam a maior repetição, atraso escolar, menor aprendizagem”, o que gera para Kliksberg (2000) o que ele denominou de “ciclo perverso da exclusão, onde o ciclo da família pobre, desemprego, habitação e saneamento básico precários, educação e serviços de baixa qualidade encontra e realimenta outro ciclo da delinquência”.

O SUS configura uma rede de serviços, de atuação e organização de ponto e agentes em todo o território. Assim, a rede supõe “certa ligação ou integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de forma isolada, autarquizada, ou seja, sem comunicação entre si”. No SUS não há proprietário único, posto que os estabelecimentos públicos de saúde pertencem aos municípios, estados, Distrito Federal e União (PAIM, 2009, p. 48).

O SUS é organizado a partir dessas três diretrizes: a regionalização, a descentralização e a participação da sociedade. No entendimento de Paim (2009, p.48) a forma de rede regionalizada possibilita “a distribuição dos estabelecimentos de saúde (centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais, etc) em um dado território, de modo que os serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados”, e os “os serviços especializados encontram-se mais concentrados e centralizados”. Lembra ainda que “as ações e serviços de saúde podem, então ser organizados em redes de atenção regionalizada e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde” (PAIM, 2009, p. 48).

A regionalização como um dos princípios organizativos do SUS representa “a articulação entre os gestores estaduais, municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população”, o que significa “organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimentos” (PAIM, 2009, p. 48-49). Para Noronha e Pereira (2013, p. 24) é um “acontecer solidário” que exige uma observância hierárquica e o respeito à autonomia de cada nível de governo.

Quanto à descentralização, o SUS busca se adequar à diversidade regional de um país como o Brasil, com realidades econômicas e sanitárias muito distintas observa Paim (2009, p. 49), entendendo que esta descentralização “significa que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica”. Tal ideia vem ao encontro daquilo que a Constituição prevê como a descentralização com comando único em cada esfera de governo. Nesse sentido, as decisões do SUS não devem ser centralizadas em Brasília, sede do Governo Federal, mas devem ser tomadas em cada Município, Estado e Distrito Federal, através das

Secretarias de Saúde, cabendo ao Ministério da Saúde coordenar a atuação do sistema no âmbito federal (PAIM, 2009).

Em suas análises, a descentralização se justifica “ao fato de que as pessoas moram nos municípios e não na União. Assim, os problemas de saúde seriam bem mais resolvidos no âmbito local, ou seja, nas cidades em que as pessoas residem”. As secretarias estaduais de saúde atuam “sobre questões que ultrapassem as possibilidades dos municípios” e o governo Federal, através do Ministério da Saúde deveria “apoiar e orientar as ações dos governos estaduais e municipais, assegurando o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS” (PAIM, 2009, p. 49).

No entanto, um dos principais desafios do SUS é “superar as profundas desigualdades em saúde, compatibilizando a afirmação da saúde como direito de cidadania nacional com o respeito à diversidade regional e local”. Por sua vez, a tarefa é bastante complexa, pois “na maior parte dos municípios brasileiros e muitos estados, quer seja por questões de escala insuficiente, quer pela diferenciação dos recursos disponíveis (financeiros, materiais, humanos), não possui condições de prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral de seus municípios” (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p.387-388).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p.06-07):

o município, enquanto ente federado mais próximo da realidade da população, ganha a atribuição fundamental e recursos para tanto, de responsabilizar-se pela melhor política de saúde para a população local. Nada mais acertado, considerando a diversidade e a disparidade de realidades locais espalhadas pelo Brasil. O município é por excelência, o melhor dos entes federados para tratar da saúde dada a sua maior proximidade e, por isso mesmo, maior conhecimento da ordem de prioridades e das demandas da população local.

Dallari (1988) soma nessa direção, ao assinalar que o município é a esfera ideal para assegurar o direito à saúde. É no nível local que se define a amplitude do direito à saúde. Com efeito, “apenas a comunidade é capaz de definir a extensão do conceito de saúde e delimitar o alcance da liberdade e o da igualdade que, interagindo com seu nível de desenvolvimento, fundamentam seu direito à saúde”. Assim, por exemplo, “somente uma comunidade situada pode definir que para serem saudáveis as pessoas não podem enfrentar problemas decorrentes do sistema de transportes” que dificultam o alcance do bem-estar físico e psíquico, quando não causam doenças. Já numa cidade de tamanho reduzido, “ninguém terá seu bem-estar físico ou psíquico atingido pela quantidade ou qualidade do transporte”. É,

portanto, “indispensável que a saúde seja conceituada em cada comunidade” (DALLARI, 1988, p. 60).

E por último, a participação da comunidade como uma diretriz do SUS, expressa “uma orientação para democratizar os serviços e decisões em relação à saúde”. Assim, “a comunidade pode participar na identificação de problemas e encaminhamento das soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e serviços públicos de saúde” (PAIM, 2009, p. 50-51).

A participação social é “condição essencial” para o funcionamento da política de saúde. A existência e o funcionamento dos conselhos de saúde, obrigatórios nas três esferas de governo, visa garantir a participação social nas políticas de saúde, tanto na elaboração como em sua execução e aperfeiçoamento (BRASIL, 2000, p. 07).

Em linhas gerais, portanto, “pelo caráter democrático, participativo e voltado para o reforço da cidadania, a Constituição Federal de 1988, tem sido reconhecida como Constituição Cidadã”, pois “antes mesmo de estabelecer artigos relacionados à saúde, apresentava como fundamental o princípio da dignidade humana. Isso significa que a dignidade humana deve anteceder quaisquer questões na sociedade brasileira, sejam econômicas, políticas ou ideológicas”. É nesse contexto, que a saúde foi concebida como um direito social, inerente à condição da cidadania (PAIM, 2009, p. 51).

Por sua vez, o SUS está em constante processo de aperfeiçoamento destaca o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p. 07), por um lado, “a promoção à saúde da população nunca deixará de sofrer transformações, pois como as sociedades são dinâmicas, a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser incorporadas para a melhoria dos serviços e ações de saúde” e por outro, “é constante o surgimento de novos agravos à saúde que carecem de novas profilaxias e de novos cuidados”. Por isso dizer, que o SUS desde a sua criação, está em estruturação e é desafiado constantemente, assim acontece com o atendimento dos migrantes nos serviços públicos de saúde.

Sobre um modelo de atenção à saúde, Paim (2003, 2012) destaca que o modelo tem como foco o “conteúdo” do sistema de saúde (ações de saúde) e não o “contingente” (infraestrutura, organização, gestão e financiamento). O modelo de atenção é uma combinação de técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma espécie de “lógica”

que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou nos processos de trabalho em saúde, constituindo-se um modo de intervenção em saúde (PAIM, 2003, p.568).

No Brasil, o modelo de atenção à saúde começa com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). O PACS foi criado em 1991, sendo que inicialmente teve caráter emergencial, visando apenas dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica, na região norte e nordeste em áreas rurais e periurbanas, atendendo as demandas de combate e controle da epidemia da cólera, e que mais tarde se expande a todo o território nacional (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde Família (PSF) como proposta de reorganização das ações do Sistema de Saúde, visando especialmente a promoção da saúde, baseado no trabalho de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Segundo Viana e Dal Poz (1998, apud GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012, p. 519), “um dos propósitos do PSF foi colaborar na organização do SUS em seu processo de municipalização, promovendo a integralidade do atendimento e estimulando a participação da comunidade por meio de reorganização das práticas de trabalho”. A sua implementação foi justificada “pela necessidade de se formarem equipes mínimas de saúde nos municípios em consonância com a prioridade de interiorização do SUS”.⁹

Essas iniciativas do PACS e do PSF “trouxeram a família e a comunidade como norteadores da organização da atenção à saúde quando tradicionalmente a abordagem individual centrada na doença dominava a ação programática da política nacional de saúde”. O PSF surge no sistema brasileiro de saúde como um importante “indutor de mudanças no modelo assistencial” (CORBO, MAROSONI, PONTES, 2007, p. 86).

Mais tarde, em 2006, o PSF é definido com Estratégia Saúde Família (ESF) e ao invés de programa que presume uma atividade com início, desenvolvimento e término, passa a ser uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, sem previsão de término. A concepção da atenção à saúde da ESF “preconiza equipe de

9 Ainda sobre a reorganização do sistema de saúde, importa mencionar a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, Programa Nacional de Imunizações, Saúde Mental, Política Nacional de Medicamentos, Vigilância em Saúde.

caráter multiprofissional¹⁰ que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área” (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012, p. 520).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, [entre 2000 e 2019])¹¹ a ESF “busca promover a qualidade de vida da população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros”. Com atenção integral e contínua, a ESF se fortalece como a “porta de entrada” do SUS.

Destaca-se também, que “a proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde”. Contudo, o resultado implica no fato de que mais problemas de saúde passam a ser resolvidos na UBS, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ou hospital. Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população, destaca o Ministério da Saúde (BRASIL, [entre 2000 e 2019]).¹²

A atenção está centrada na família que é vista e entendida a partir da sua realidade física e social, o que possibilita as equipes da ESF uma compreensão ampliada da saúde e suas intervenções ultrapassam as práticas técnicas/curativas. Para Corbo, Morosini e Pontes (2007, p. 87-88) a saúde da família orienta-se pelo respeito igualmente atribuído à população de ter suas necessidades de saúde atendidas, compromete-se a considerar as diferenças e incorporar ou reincorporar parcelas da população historicamente apartadas dos serviços públicos. Como há necessidades diferenciadas de saúde, de acordo com gênero, faixa etária e grupos, exige-se uma política de saúde capaz de responder de forma apropriada essas questões, reduzindo as desigualdades.

10 A equipe multiprofissional é composta por um médico generalista, enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. Junto com a Equipe de Saúde Família pode estar associada uma Equipe de Saúde Bucal composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário. Em 2006, foi instituído o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que compõe áreas estratégicas: atividades físicas, reabilitação, alimentação/nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/adolescente/ jovem, saúde da mulher, etc.

11 BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa> Acesso em: 20 nov.2019.

12 BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa> Acesso em: 20 nov.2019.

Ou seja, “as necessidades em saúde são dinâmicas, social e historicamente construídas”, exigem, sem dúvida, dos serviços e da gestão em saúde a capacidade “de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde” (SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007, p. 40).

Isso vem ao encontro do modelo de atenção à saúde adotado no âmbito do SUS, o da Atenção Básica, que de acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica (Portaria n. 2.436/2017, art. 2º), caracteriza-se como “o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”. Essas ações são desenvolvidas “por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

Considerando o SUS uma rede interligada de ações, na sequência apresentam-se os desafios para a construção da integralidade, no âmbito da realização do direito à saúde.

2.4.3 Desafios da construção da integralidade em saúde

Além dos impasses quanto à estrutura, oferta e acesso à saúde, o Estado se depara também com a responsabilidade de garantir a integralidade do sistema de saúde. Neste sentido, cabe discutir os sentidos da integralidade, os desafios e a necessidade do sistema de saúde em integrar o outro, as diferenças, seja ele brasileiro ou não. O ponto chave de toda esta pesquisa é justamente verificar em que medida os migrantes são incluídos nos serviços de saúde e se as ações da política de saúde conseguem estabelecer este olhar atento ao outro, especial aos migrantes, numa relação de respeito e de alteridade. No entanto, para isso é preciso compreender o que se entende por integralidade em saúde.

Incorporada ao sistema de saúde como princípio, a ideia de integralidade envolve vários aspectos das discussões e das práticas na esfera da saúde. Ela transita pela reorganização dos serviços de saúde, pelos conhecimentos, pelas relações dos profissionais individualmente e em equipes e as relações destes com a rede de serviços enquanto um todo (PINHEIRO, 2009, MATTOS, 2004, 2009).

A integralidade se dá pelos encontros e aproximação dos profissionais com as pessoas e a comunidade e é nesse espaço que alteridade deve ser exercitada, pois o princípio da integralidade reafirma o direito à saúde, como um direito humano de ser tratado com cuidado. O usuário é ou deveria ser o centro de atenção do sistema de saúde, comprometido em ouvir, compreender e a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas. Nesta lógica, “indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano” (CAMPOS, 2003, p. 557).

Na perspectiva de Campos (2003, p. 557), no conceito de integralidade, “as pessoas são encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social”. Com efeito, “este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente”.

O velho Aurélio traz a palavra integralidade, que significa a “qualidade de integral” e, de integral, ele diz: total, inteiro, global. No campo da saúde, a integralidade busca “tornar inteiro”, “completar”, “inteirar”, “integralizar” e, como há muita coisa cindida, separada, fragmentada, partida no cotidiano da saúde, “há muita coisa a ser integrada” e muitas diferentes apostas a respeito de que partes devem ser primordialmente integradas (TEIXEIRA, 2007, p.91)

Assim, para cada concepção da integralidade, “há uma concepção da cisão, uma visão (problemática) de um mundo feito de pelo menos mais que um pedaço”. Daí cabe se questionar: que “partes” temos nos proposto a juntar? Que “todos” temos nos proposto a recompor? “Qual ou quais das múltiplas apartações instauradas no mundo, e que afetam a esfera da saúde, temos priorizado, assumindo o desafio de superá-las através de nossos diversos projetos de integralidade?” (TEIXEIRA, 2007, p. 91-92).

Convém referir, que na ótica de Mattos (2004) o que emerge é uma compreensão que perpassa os diversos sentidos da integralidade, que se referem aos encontros entre os profissionais da equipe de saúde e as pessoas. É defender que antes de tudo, as práticas de saúde sejam sempre intersubjetivas, nas quais os profissionais se relacionem com sujeitos e não com objetos, o que envolve necessariamente uma dimensão dialógica.

É nesse sentido que Capra (1982, p. 301-302) adverte que a saúde deve ser encarada num ponto de vista sistêmico, pois “a doença física pode ser

contrabalançada por uma atitude mental positiva e por um apoio social, de modo que o estado global seja de bem-estar” ou por outro lado, “problemas emocionais ou o isolamento social podem fazer uma pessoa sentir-se doente, apesar de seu bom estado físico”. Tomando por exemplo as duas situações trazidas por Capra, espaços intersubjetivos e dialógicos na saúde são fundamentais para a garantia do bem-estar.

Teixeira (2007, p. 104) defende que a atividade de recepção do usuário no serviço é entendida como espaço primordial de investigação/elaboração/negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas. Sendo assim, a recepção junto ao serviço de saúde é cerne do acolhimento, uma das principais ferramentas da humanização da saúde, que veremos mais adiante.

É na conversa, no diálogo entre profissionais de saúde e usuários/comunidade que se estabelece um vínculo. Para Merhy (1994, p. 138) “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente”. Segundo Mattos (2009, p. 65-66) quando se busca orientar as práticas de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades das pessoas e dos grupos e se questionar sobre as melhores formas de dar respostas as tais necessidades. Contudo, o princípio da integralidade importa superar reducionismos.

Os serviços de saúde “constituem cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde”. A participação dos atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde tornam as instituições, “em seu agir cotidiano – os serviços – o espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social”. Logo, o cotidiano é entendido aqui como o “locus social” onde se “expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições” (PINHEIRO, LUZ, 2007, p. 21).

Os autores ainda chamam atenção para o fato de que se está diante de uma sociedade verdadeiramente medicalizada, na qual as pessoas são vistas como doentes potenciais, o que se torna necessário democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, através de atividades multiprofissionais e

interdisciplinares, horizontalizando saberes e incorporando a renovação das práticas de saúde. É condição vital, neste sentido, eliminar os desencontros entre profissionais e paciente e serviço e paciente (PINHEIRO, LUZ, 2007).

Para tanto, é a alteridade dos profissionais de saúde que se deve estar fazendo presente nas práticas de saúde, a fim de que se alcance o propósito da integralidade. A partir de Teixeira (2007), o foco da integralidade está claramente posto na relação trabalhador/ usuário e essa integração é mais do que a construção de um vínculo/ responsabilização, mas se trata também de uma efetiva mudança na relação de poder técnico/usuário.

Em que pese à resolutividade dos problemas de saúde, a relação médico-paciente é importante fator a ser considerado, “já que essa relação interfere na aderência ao tratamento, na satisfação dos pacientes e mesmo na sua recuperação” (Lacerda, Valla, 2007, p. 173). Em estudo realizado por Pinheiro (2009, p. 87), foi apontado por todos os atores entrevistados que “a relação médico-paciente como sendo um dos principais problemas na difícil equação entre demanda e oferta nos serviços de saúde”.

A relação médico paciente recai sobre a competência médica, a atenção, a sensibilidade e o carinho dispensados durante o atendimento dos pacientes. Contudo, não raras vezes, os profissionais não têm paciência para ouvir queixas e relatos dos pacientes, na qual “fica evidenciada a precariedade da relação médico-paciente, na medida em que o sujeito doente não é o principal objetivo de intervenção e cuidado” (LACERDA, VALLA, 2007, p. 174).

Além dessa situação, importa também destacar que os problemas sociais que assolam a maior parte da população brasileira, decorrentes do desemprego, da ausência de moradia, saneamento, educação, da violência, da discriminação e da exclusão social, fragilizam os vínculos sociais e a saúde das pessoas, a exemplo de muitos migrantes que tem suas vidas vulneráveis e fragilizadas no processo de mobilidade. Com efeito, o apoio social é fundamental para o estabelecimento de relações solidárias entre sujeitos, principalmente no campo da saúde, onde se busca a integralidade na efetivação deste direito. Não só na saúde, o apoio social não deixa de ser a expressão da alteridade em relação ao outro.

As pessoas necessitam umas das outras e com a diminuição do apoio social, o sistema de defesa do indivíduo é afetado, fazendo com que pessoa fique propensa à doença. Tomando como exemplo momentos de stress que acomete muitos

migrantes, o “apoio social contribui para manter a saúde das pessoas, pois desempenha uma função mediadora” e assim permitem que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer (MINKLER, 1992; GOTTLIEB, 1983 apud VALLA, 1999, p. 10).

Evidencia-se, que “um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser um fator psicossocial significativo na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas”. Desse modo, “a participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença” (VALLA, 1999, p.10).

Daí a importância do protagonismo e do empoderamento dos indivíduos no tecido social, que passam a ganhar mais controle sobre seus próprios destinos. Nesse sentido, o sistema de saúde com vistas à integralidade deve focar no envolvimento comunitário e nas demandas deste espaço. Aqui, já se destaca no sentido da integralidade, a relevante atuação e o apoio social dos Agentes Comunitários de Saúde em decorrência da proximidade que tem com a comunidade, principalmente em relação à população migrante.

Por outro lado, tendo em vista a crescente demanda por serviços médicos, principalmente pelos excluídos da sociedade, não se trata apenas de aumentar a assistência médica, que exclusivamente visa só o corpo, mas avaliar as práticas dos serviços públicos de saúde, para que sejam capazes de responder às necessidades e demandas da população. A proposta de apoio social defendida é tratar o homem não apenas como um corpo, sujeito à doença, mas ir além, uma vez que o estado de saúde representa uma relação integrada entre corpo e mente, e o desequilíbrio desses dois aspectos gera stress, ansiedade e depressão (VALLA, 1999).

É lamentável que “as queixas emocionais, os sentimentos e a singularidade do processo de saúde-doença não são validados por alguns profissionais de saúde, que somente consideram os sujeitos doentes quando há uma patologia diagnosticada” (LACERDA, VALLA, 2007, p.179). Para os autores, é necessário identificar os sujeitos os quais estão voltadas as suas práticas, compreender a natureza dos seus sofrimentos e seus fatores determinantes e, é para esse sujeito que devem ser dirigidos os cuidados em saúde.

Em uma sociedade marcada pelo individualismo e isolamentos, por relações frágeis, há um desprendimento das redes de pertencimento social. Vivencia-se o era da descartabilidade, inclusive humana, que resulta na exclusão social (BAUMAN,

2007). Sendo assim, o apoio emocional requer dos profissionais da saúde, uma escuta atenta do paciente, um interesse pelos seus problemas e inclusive um incentivo a enfrentar as dificuldades, estabelecendo uma relação de confiança entre pacientes e profissionais.

Em contextos de vulnerabilidade, onde o adoecimento e o sofrimento acompanham a população, embora os cuidados dos profissionais não solucionem diretamente o sofrimento, uma conversa atenta e afetiva pode aliviá-lo, através de ideias podem-se ajudar os sujeitos a enfrentar suas dificuldades. Isso reforça a importância das práticas centradas no modelo da rede social e da integralidade da saúde. Como destaca Luz (2001) no Brasil, uma parte considerável do atendimento médico ambulatorial da rede pública, em torno de 80%, seja motivada por queixas de sofrimento difuso ou mal-estar difuso, decorrentes da síndrome do isolamento e pobreza que atinge grande parcela da população.

Vale lembrar, que os sujeitos têm modos de andar a vida, modos de andar a vida que se modificam ou se estreitam pela ocorrência de uma doença diria Canguilhem (1978, apud MATTOS, 2004). Para Mattos (2004, 1414-1415) os modos de andar a vida não são escolhas das pessoas, mas se constrói a partir do próprio modo de vida produzido coletivamente. “O modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive. Mas cada sujeito apresenta singularidades que se expressam no seu modo de andar a vida”..

Por sua vez, o modo de andar a vida está ligado à autonomia dos indivíduos. Como propõe “a autonomia implica a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo-se aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível” (SILVA, BATISTELLA, GOMES, 2007, p. 174)

A questão da integralidade e do cuidado recai sobre os profissionais de saúde, detentores de um vasto conhecimento sobre as doenças e os sofrimentos que elas causam, bem como, de ações capazes de interferir em algum grau sobre o modo de andar a vida estreitado pela doença (MATTOS, 2004). Contudo, na perspectiva da integralidade “devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde” (MATTOS, 2004, p. 1415).

Efetivamente, o que se vê é uma crise na saúde e o apoio social ocupa papel ímpar nesta situação.

O aumento de demanda de atenção médica, o desequilíbrio da relação demanda-oferta nos serviços públicos, as dificuldades de acesso e os limites de resolutividade e cura do modelo médico hegemônico são alguns dos aspectos da crise da saúde. Nesse cenário, o apoio social é evidenciado como uma das estratégias e táticas da população para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde-doença, através de relações que envolvem o cuidado, a solidariedade e o apoio mútuo. Essa crise da saúde é também uma crise da medicina moderna, não como produção de conhecimento, já que se investe cada vez mais em tecnologias de ponta e na ciência das doenças, mas no que diz respeito à “arte de curar ou cuidar dos sujeitos doentes”, à compreensão e acolhimento do sofrimento, à relação médico-paciente e aos aspectos subjetivos do adoecer humano, entre outros. Não se trata de desprezar a tecnologia científica e os avanços do conhecimento médico, mas de perceber o limite do conhecimento racional e abrir espaço para que o afeto, a compaixão, a solidariedade e os diversos sentimentos relacionados ao cuidado façam parte da relação entre profissionais de saúde e paciente (Lacerda, Valla, 2007, p.186).

O princípio da integralidade representa “o reconhecimento da complexidade e das necessidades de cada indivíduo, demonstrando que o direito à saúde no Brasil não está restrito a uma “cesta-básica” de serviços, mas deve contemplar o essencial para um cuidado à saúde com dignidade” (BRITO-SILVA, BEZERRA, TANAKA, 2012, p. 250-251).

Para que ocorra a mudança das práticas de saúde é necessária também a transformação das relações de trabalho da própria equipe de saúde. Urge uma nova forma de olhar o paciente, o colega de trabalho, e a si mesmo, como profissional de saúde, observa Campos (2003):

as equipes de saúde precisam oferecer mais do que a prestação de um serviço pura e simplesmente, entendido como a realização de atos formais. A formalidade e a burocratização da prática de saúde coíbe a satisfação profissional, além de provocar um estado de estagnação, em que o profissional tem consciência da inoperância do resultado final das ações realizadas, mas não se sente responsável por isso. Continua a realizá-las de forma mecânica, como não se incomodasse com a recorrência do adoecimento, fruto da permanência das determinações do mesmo. A criança volta toda semana com o mesmo quadro infeccioso ou respiratório, a mulher se queixa do nervoso ou da dor de cabeça que não tem solução. E assim se sucedem os pacientes, nos consultórios, com suas queixas recorrentes, diante das quais os profissionais se sentem impotentes, incapazes de agir de forma eficaz. É indispensável que o profissional tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa postura que não seja distante e impessoal. E talvez esta postura o leve a expor, clara e diretamente ao paciente, as possibilidades e os limites da intervenção através do serviço de saúde e passe a buscar, de forma

criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados (CAMPOS, 2003, p. 581).

Segundo a análise de Hartz e Contadriopoulos (2004, p. 332) a concretização dessa imagem ideal de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, “com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação.” Aliás, como afirma Cecílio (2009, p. 122 e 123), “a integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede”, “cada um cumprindo a sua parte”. Na busca da integralidade, o que está em jogo: “a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las” (CECÍLIO, 2009, p. 129).

Dentre as várias possibilidades de tratamento da questão da integralidade na prática dos serviços de saúde, prevalecem aquelas que vão em direção de uma “ocupação da esfera pública por uma ética da diferença”. Acrescenta-se também, “a necessidade da integração trabalhador-usuário”, a “integração de múltiplos saberes”, a “integração das diferenças e dos diferentes”, quando não da própria integração social. Por fim, aponta-se para a necessidade de superação do “monopólio do diagnóstico de necessidades” e de se integrar a “voz do outro” nesse processo (TEIXEIRA, 2007, p.92).

Cumprir destacar, que o sujeito atual, “inserido no tecnicismo e no consumismo do sistema capitalista - tem agora assegurada a justificativa ética do seu egoísmo”, pois “o alheamento em relação ao outro passa também a ser um comportamento aceitável, pois a questão da ética na modernidade tardia está configurada como a soberania do eu e tem promovido, conseqüentemente, o distanciamento para com o outro” (CARVALHO, FREIRE, BOSI, 2009, p. 853).

Emerge assim, um comportamento ético, a ética da alteridade, do cuidado e da responsabilização com outro. Uma ética fundamental no campo das políticas públicas de saúde, se assim se deseja garantir a universalidade do direito à saúde, a integralidade e a equidade. É o que se espera encontrar nas práticas da política pública de saúde em relação aos migrantes, no entanto é um grande desafio, afinal,

sabendo então, que o princípio norteador da ética contemporânea é um olhar para si que perpetua a atitude de afastamento do outro, de indiferença

para com ele, como pensar em termos éticos - plano das relações entre pessoas, consideradas sujeitos singulares - numa sociedade onde impera o individualismo, em que o outro só nos interessa enquanto um meio para alcançar nossos objetivos? Como pensar numa ética de abertura ao outro quando as próprias relações entre os homens caracterizam-se mais como relações sujeito-objeto - ou, mais precisamente, relações entre objetos - nas quais a moralidade não consegue dar conta da alteridade? (CARVALHO, FREIRE, BOSI, 2009, p. 853).

Nesse sentido, a escuta, o cuidado, o acolhimento, o tratamento digno e respeitoso são algumas ideias que certamente participam dos sentidos da integralidade. “Olhar o ser humano como um todo, substituir o foco na doença pela atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer são outras perspectivas”. É preciso “reconhecer e lidar com diferentes saberes, com a diversidade de demandas e a pluralidade de seus sujeitos”, que por outrora, “requer que se abra mão de modelos pré-estabelecidos e se dispor a discutir e experimentar os alcances e limites do que pode ser a Integralidade torna-se também um caminho profícuo”. Neste aspecto, “a integralidade poderia ser encarada exatamente como a própria travessia desse caminho que se sustenta na garantia do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Estado democrático de direitos” (LAPPIS, 2019).

Os desafios que se colocam para os profissionais de saúde impõe o cuidado como tarefa orientadora de todas as práticas em saúde. “A reconstrução das práticas de saúde, a partir da humanização da assistência, somente será possível se antes os próprios profissionais passarem por um processo de reflexão crítica e de abertura à presença do outro” (BOSI; UCHIMURA, 2006; CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2008 apud CARVALHO, FREIRE, BOSSI, 2009, p.862).

Não é por acaso, que o debate em torno da qualidade da atenção na saúde emergiu a implantação da Política Nacional de Humanização (2003), voltada à valorização dos usuários, trabalhadores e gestores envolvidos no processo de promoção e prevenção de saúde, como também, à produção de cuidados mais humanos e solidários e o respeito à diferença. A humanização dos cuidados em saúde se aproxima da alteridade, da abertura do eu para outro, como da própria integralidade, cabendo assim algumas considerações em separado, pois são conceitos importantes que precisam ser compreendidos quando da análise das práticas dos profissionais de saúde no atendimento dos migrantes.

2.4.4 A humanização dos cuidados em saúde

Toda política pública é planejada em busca de uma finalidade, de um objetivo a ser alcançado no meio social no decorrer da sua execução. A política pública de saúde caminha desde 2003, em direção à humanização dos serviços de saúde, que por sua vez permeia pelo conceito de “qualidade”.

Nas décadas de 80 e 90, o conceito de qualidade passou a circular com maior frequência nos meios de comunicação, “levando as empresas a transformarem-se, com vistas ao futuro; pela necessidade de sustentabilidade”. Dessa forma, “o planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, passaram a ser vitais para o posicionamento das organizações no mercado” (BONATO, 2011, p. 319).

Esse movimento refletiu em mudanças na gestão das organizações, “cujo olhar dirigiu-se à reestruturação, inovação e para a busca de excelência, por meio de práticas mais racionais e focadas nas demandas dos clientes”. Dentre as mudanças destacam-se: a inovação, uma visão sistêmica da organização dos processos institucionais, a transformação dos indivíduos, estímulo ao desenvolvimento de novas capacidades, da criatividade e alta produtividade, mobilizando sujeitos mais capazes, criativos e produtivos. O que se percebe por parte das organizações, é a “tendência à valorização dos talentos humanos para atuarem como agentes participativos do replanejamento e da ressignificação do contexto do trabalho vigente” (BONATO, 2011, p. 319).

No entanto, estas mudanças não ficaram restritas apenas a organizações financeiras, privadas, expandindo-se também em direção aos serviços públicos. Como se vive em uma sociedade globalizada, impossível se desvincular dessas mudanças que o sistema atual impõe a tudo e a todos sem distinção. Neste cenário, não é possível ignorar as mudanças desencadeadas pela mobilidade humana, principalmente no acesso aos serviços públicos de educação, saúde e assistência social. Logo, os serviços públicos devem estar atentos a esses novos contornos que a sociedade apresenta, pois a qualidade é um objetivo a ser alcançado pela lógica econômica mundial, que preza pela satisfação do consumidor, das pessoas, o que não é diferente quando se pretende no caso da saúde a humanização no cuidado das pessoas.

Assim, a ideia geral de qualidade como “qualificação do fazer” (PUCCINI,

CECÍLIO, 2004, p.1343) vai se expandindo do setor privado e ganhando um sentido mais comprometido no sistema social, principalmente nos serviços públicos. Desse modo, a qualidade do serviço é fundamental para a concretização dos objetivos do SUS, pois “à medida que a gestão da qualidade em saúde se organiza, é evidente o benefício que gera ao cliente, quer seja no setor público, quer no privado” (BONATO, 2011, p. 321). O movimento pela humanização na saúde é também, “uma busca pela qualificação da produção e da prestação de serviços” (PUCCINI, CECÍLIO, 2004, p. 1344).

Falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica segundo Simões *et al.* (2007, p. 440-441), “pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho”. Assim, “a equipe de saúde deve refletir e discutir como tem sido a sua prática em todos os momentos da relação com o usuário. Da portaria ao consultório, da copa à sala de procedimentos, do jardim à visita domiciliar”.

Na ótica de Bonato (2011, p.329) “consolidar e fortalecer o processo de gestão da qualidade significa aproximar as áreas técnicas e estratégicas dentro das instituições”. Em razão disso, “os serviços de saúde, quaisquer que sejam eles, devem deixar de ser entendidos apenas como locais de promoção, prevenção e assistência aos pacientes, mas deve ser encarado como organizações que necessitam de gerenciamento e foco no cliente”.

A humanização está ligada a uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, que assume “uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde” (FORTES, 2004, p. 31).

A humanização da atenção à saúde tem seu fundamento na Declaração Universal dos Direitos Humanos (FORTES, 2004), ao afirmar em seu art. 1º que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.¹³

13 Em se tratando das instituições de saúde, as que estiverem “mais preparadas, com processos mais estruturados, irão certamente assegurar a esses clientes garantias de melhor assistência e, portanto, um restabelecimento de saúde com práticas mais definidas e disseminadas na instituição, pois implica também preparar os profissionais, por meio de capacitação e desenvolvimento contínuos,

Nos serviços de saúde, essa intenção humanizadora se traduz em diferentes proposições: pela defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; no estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos. A humanização da saúde também propõe uma proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; qualificação do ambiente, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; luta por um SUS mais humano, comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (BRASIL, [entre 2001 e 2020]).¹⁴

Na verdade o SUS já carrega em seus princípios e diretrizes uma ideia implícita da política de humanização da saúde, quando prevê o acesso universal, gratuito e integral da saúde enquanto direito. Contudo,

a distância entre o projeto humanizador do SUS e a realidade de saúde deste país são imensas. Ao tratar da humanização da assistência, relacionando-a com as atuais políticas de saúde, não dá para caracterizar de outra forma senão como absolutamente desumano as filas enormes, inúmeras, persistentes e cotidianas na porta dos serviços de saúde. Ou de nos perguntarmos que humanidade existe na interminável espera por um leito hospitalar ou por um procedimento de média e alta complexidade? É possível identificar algum processo humanizador no tratamento sobre macas e em cadeiras de rodas, nos corredores dos prontos socorros dos hospitais públicos, sucateados no que se refere a materiais e equipamentos, e carentes de profissionais em quantidade e qualidade? (RIZOTTO, 2002, p. 198)

Diante disto, a humanização da saúde é comprometida pelas falhas de organização, infraestrutura, de espaços físicos adequados, atendimentos precários, deficiências de equipamentos, aglomeração, falta de ética de alguns profissionais, pela própria retirada da humanidade dos trabalhadores, pelos baixos salários, precárias condições de trabalho, etc. Outras vezes a humanização é prejudicada em locais onde não oferecem um ambiente adequado para atendimento em saúde, por

humanização no tratamento com usuários, competência técnica e prazer em fazer parte da equipe que integra” (BONATO, 2011, p. 329).

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 15 fev. 2020.

falta de profissionais e materiais, o que acaba desmotivando os profissionais e estes ao mesmo tempo não são valorizados ou a eles não é oferecido capacitações para que tenham condições de prestar um atendimento mais humanizado. Para Fortes (2004, p. 33) “as políticas de saúde devem proporcionar as condições necessárias para o exercício das tarefas cotidianas e devem criar condições para que os que cuidam possam também ter suas necessidades satisfeitas”.

A definição da palavra humanizar significa “tornar humano”, “civilizar”, “dar condição humana” (FERREIRA, 1988, p.346). Sendo assim, estas situações não tornam as pessoas um ser mais humano e digno, pelo contrário, reforçam a vulnerabilidade, o descaso, a indiferença e a desumanidade.

Apesar da compreensão manifestada na Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/90) de que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”, e da afirmação de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, “como não avaliar como desumano” tal situação, “não a assistência proporcionada pelos profissionais de saúde, que estão na ponta do sistema e arcam com as consequências do descaso dos governantes com as questões sociais”, mas principalmente “com a absoluta situação de não humanidade que vive a maioria da população brasileira?” (RIZOTTO, 2002, p. 198).

Mas qual seria o significado da vida e do cuidado ao ser humano, já que existe uma crise sobre o significado da vida humana questionam Bettinelli, Waskiewicz, Erdmann (2003). Para os autores, “convivemos cotidianamente com pessoas cuja esperança é viver melhor. Mas que por serem excluídas, privadas das condições materiais, sociais e humanas mínimas para a sua existência, já não têm nenhuma esperança” e “nós sociedade, não permitimos que elas tenham sonho de viver, sem fome, com emprego e educação, pressupostos indispensáveis para o exercício da cidadania”. Cumpre salientar ainda que “a privação desses direitos pode levar a um vazio na existência, tanto para o profissional, como para as pessoas que são cuidadas” (BETTINELLI, WASKIEWICZ, ERDMANN, 2003, p. 233).

No entanto, quando se envolve o sentido de viver das pessoas, é preciso segundo Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003, p. 233-234), incluir a relação da vida com todas as suas faces (alegrias, tristezas, sofrimentos, ansiedade), pois,

o grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação à sua dor, sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humanizada.[...] Convivemos com frequência em ambientes poucos humanizados, cujo o funcionamento é quase perfeito à técnica, porém muitas vezes, desacompanhado muitas vezes, de afeto, atenção e solidariedade.

Sem dúvida, como asseveram Silveira e Mahfoud (2008, p. 575), em todo ser humano, uns mais outros menos, o sofrimento atravessa o caminho da vida. Então, “é preciso resistir ou, mais que isto, ser flexível como a árvore que se dobra pela pressão do vento e depois volta à posição original”. E mais, “dobrar-se sem romper, aprender com a adversidade, dar a volta por cima, superar os traumas e dificuldades, encontrar alternativas. Crescer, renovar-se, reconstruir-se diante da dor. Encontrar recursos”. Daí surge, “a necessidade da resiliência. Todos precisam construir resiliência em certo grau”.

Não só os migrantes, mas há também muitas pessoas que se encontram em condições semelhantes e que recorrem aos cuidados dos profissionais de saúde, o que cabe dar uma resposta a essa demanda a partir da humanização do cuidado, tão essencial para a superação das dificuldades e dores que sentem e que nem sempre estão vinculadas a uma doença ou enfermidade. Verifica-se assim um liame entre a resiliência e o sentido da vida que move as pessoas, ou seja, a resiliência ajuda a “encontrar o sentido da vida” e “para ser resiliente é muito importante o suporte de pessoas (cuidadores) que transmitam apoio e confiança” (SILVEIRA E MAHFOUD, 2008, p. 575). Para Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003) muitas vezes a ética no cuidado é esquecida, de sorte que o comércio da doença sobrepõe a dignidade das pessoas.

A resiliência adota um conceito muito promissor, na medida em que é concebida como “a capacidade do ser humano em construir uma trajetória de vida e de desenvolvimento positiva, apesar das condições adversas que o cercam.” O potencial da resiliência “sinaliza possíveis caminhos para trabalhar com problemas graves que cada vez mais se intensificam em consequência das condições sociais, econômicas, políticas que assolam o mundo todo e repercutem sobre o desenvolvimento” (SILVA *et al.*, 2005, p. 101).

Nesta linha, Silva *et al.* (2005, p. 97) destacam que a “resiliência não implica a anulação ou eliminação da situação de risco, mas resulta de que, tendo se defrontado com essas situações, o sujeito possa enfrentar, com sucesso, os desafios

que se apresentam”.¹⁵

No entanto, o conceito de resiliência deve ser usado de forma cuidadosa para não sobrecarregar as pessoas, as famílias com responsabilidades que extrapolam seus limites de competência na resolução de problemas como é o caso das consequências dos problemas sociais, econômicos, culturais e éticos que estão acontecendo no mundo e que os indivíduos não detém o controle (SILVA et. al, 2005). Essas condições desfavoráveis, geralmente, dizem respeito ao Estado e dependem de iniciativas governamentais, “que interferem de forma negativa, impossibilitando manter interações positivas entre seus membros ou utilizar adequadamente os recursos capazes de lhes proporcionar melhores condições de vida”. Ou seja, “não garantem, às famílias, o acesso aos recursos básicos que lhes garantiriam não apenas sua sobrevivência, mas, também, as condições para que o desenvolvimento de seus membros pudesse seguir um curso normativo”. De qualquer forma, “apesar do potencial contido no conceito de resiliência, este não deve ser usado para isentar da responsabilidade àqueles que deveriam trabalhar para gerar as condições básicas necessárias a um viver saudável” (SILVA et al, 2005, p. 101).

Dentro da proposta de reorganização das práticas de assistência que orienta o sistema de saúde e a saúde da família, Silva Noronha *et al.* (2009, p. 499-500) entendem que “novos e antigos instrumentos de trabalho podem ser incorporados para proporcionar melhor execução das atividades e facilitar o alcance dos objetivos de promoção da saúde junto às famílias”. Além da consulta médica e de enfermagem individual, das visitas domiciliares, a resiliência pode ser utilizada por estes profissionais como mais uma ferramenta na atuação junto às famílias.

A partir dessa visão, entendem que somente assim, “os profissionais possam estar intervindo junto os usuários que vivem em estado fragilizado, angustiante, frustrante e de impotência diante das dificuldades encontradas” e diante dessas

15 A resiliência refere-se à capacidade de enfrentar e responder de forma positiva às adversidades e suas consequências potencialmente negativas. Não significa que a pessoa não experimente o estresse ou que não se sinta atingida pela situação adversa nem, tampouco, que a situação de risco tenha que ser afastada. Pelo contrário, o sujeito resiliente conserva as marcas da adversidade que enfrentou. Elas estão presentes em suas lembranças, em seus sentimentos. Sua história permanece em sua memória, mas a pessoa é capaz de se recuperar porque encontra o suporte que a ajuda a prosseguir, delineando uma trajetória que, do ponto de vista social e cultural, pode ser considerada positiva (RUTTER, 1993; MASTEN, 1995; CYRULNIK, 2001 apud SILVA *et al.*, 2005, p.97).

situações, “criando meios de valorizar a vida, construindo e explicitando o sentido do cuidar, do respeito, da troca, do sorriso, da solidariedade” (SILVA NORONHA *et al.*, 2009, p. 501-502).

A resiliência deve se fazer presente tanto na esfera pessoal como institucional, na medida em que a resiliência faz parte da gestão e da qualidade dos serviços de saúde. Tornar sistemas de saúde resilientes às novas necessidades e ameaças deve ser prioridade máxima, afirma Carissa F. Etienne, Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no quarto Global Symposium on Health Systems Research, que ocorreu em 2016, Canadá. Em sua fala destaca que investir na resiliência dos sistemas de saúde é "consideravelmente mais rentável" que financiar a resposta de emergência, como também é mais plausível para proteger melhor a saúde e o bem-estar das pessoas tanto em emergências quanto em tempos normais. Menciona ainda, que “os sistemas de saúde frágeis aumentam a vulnerabilidade das populações aos riscos externos que impactam na saúde e no bem-estar, na proteção à saúde e, em última instância, no desenvolvimento social e econômico" (OPAS, 2019).

Segundo Kruk *et al.* (2015, p. 1910) “a resiliência do sistema de saúde pode ser definida como a capacidade de os atores de saúde, instituições e populações se prepararem para as crises e lhes darem uma resposta eficaz, manterem suas principais missões quando confrontados com uma crise” e com base nos ensinamentos destas se reorganizarem. Para os autores, “um sistema de saúde resiliente é adaptável não apenas em tempos de crises, mas também em tempos normais, por exemplo, alterar-se para ter em conta necessidades demográficas, pessoas deslocadas internamente e diferentes métodos de prestação de serviços” (apud CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2016, p. 25).

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem para desenvolver sistemas de saúde fortes, além de prestar serviços de qualidade e equitativos, os indivíduos que os compõem, também precisam ser capazes de fazer face às mudanças e aos desafios. Por consequência, o objetivo de um sistema de saúde com sucesso é ser capaz de se adaptar, aprender e ser flexível. Estes três principais conceitos são fundamentais para a construção e o desenvolvimento da resiliência. “A adaptabilidade é a capacidade de uma organização de mudar ou ser mudada de forma a se encaixar, ou trabalhar melhor numa determinada situação ou para um determinado objetivo”. Já “a flexibilidade caracteriza-se pela capacidade da

organização de mudar facilmente os seus processos. Estes podem relacionar-se com fatores como as condições de trabalho dos profissionais ou os modelos de prestação de serviços”. Por sua vez, “uma organização de aprendizagem é uma organização que facilita a aprendizagem dos seus membros e transforma continuamente a ela própria” (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2016, p. 24).

Em se tratando de contextos migratórios, Ramos (2009) destaca a necessidade da reformulação das estratégias e das políticas públicas com o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida e ainda transformar o risco, o trauma, a ruptura que comporta a situação migratória, num processo estruturante, que transforme a vulnerabilidade, a exclusão, a patologia, frequentemente associados à migração, num processo dinamizador, criativo e inclusivo.

A promoção da saúde deve voltar-se para a humanização, o que exige a identificação e a remoção de entraves que afetam a dignidade humana, a qualidade de vida. No entanto, “proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vivida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar” (BUSS, 2000, p.174). “Cuidado, holismo¹⁶ e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A melhor compreensão do ser humano e do processo de cuidado exige a reconstrução da rota e a reavaliação dos valores fragmentados pelo tempo. A necessidade de mudar a rota, as estratégias e os objetivos, existe para que a vida seja valorizada como um bem essencial. Tudo isso perpassa pelo olhar solidário e interessado dos profissionais que não pode continuar “cego”, olhando as coisas sem mesmo ver. É urgente fazer a opção, continuar mercantilizando a doença, ou cuidar realmente dos seres humanos, respeitando sua autonomia e dignidade (BETTINELLI, WASKIEVICZ, ERDMANN, 2003, p. 234).

Para os autores, há um uso crescente de equipamentos e tecnologias na área da saúde, frutos do próprio sistema capitalista e globalizado. O que observam é uma

16 A saúde para ser holística precisa ser estudada como um grande sistema, como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes e não arrumados numa sequência de passos e medidas isoladas para atender cada uma das dimensões apontadas (TEIXEIRA, 2007, p. 289).

atração pelo conhecimento e pelo manuseio de equipamentos sofisticados, principalmente nos hospitais, possuidores de um valor nítido, deslumbrando os profissionais, sobretudo, se somente eles sabem manuseá-lo. A tecnologia faz parte do sistema, não é possível negar ou abandonar, o que não pode acontecer é relegar a dimensão humana à sombra da tecnologia, priorizando a técnica, o equipamento e a medicação. Esses são alguns dos entraves que dificultam “a demonstração da ética solidária”. “É claro que não podemos ignorar a tecnologia, seu valor e sua utilidade, seria a involução no atendimento à saúde”. É preciso rever a postura tecnicista, compatibilizando com a humanização (BETTINELLI, WASKIEVICZ, ERDMANN, 2003, p. 234).

Um fato que chama atenção é que “os usuários, de modo geral, não reclamam de falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de interesse e de responsabilização dos serviços”, o que levam a sentirem-se “inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados” (MERHY, 1998, apud SILVA JUNIOR, MERHY, CARVALHO, 2007, p. 124-125).

Nesta linha, Boff (1999) destaca que o cuidado humano não implica uma intervenção sobre o paciente, mas se caracteriza numa relação entre sujeitos e sujeitos e não de sujeitos e objetos. A relação do cuidado envolve uma convivência, uma “inter-ação”, cuidar é entrar em sintonia com o outro. Essa perspectiva permite dizer: o cuidado é a expressão da alteridade.

Nas próximas abordagens pretende-se refletir sobre a alteridade a partir do eu (indivíduo, sociedade, humanidade), questionando a sua importância e necessidade nas relações sociais em tempos de intensas migrações. É fundamental trazer esses questionamentos para analisar a alteridade nas práticas de saúde, afinal, antes de um profissional de saúde lhe é atribuído uma responsabilidade enquanto indivíduo, integrante da cidade de “acolhida” e de toda a humanidade.

2.5 Por uma sociedade mais humana e fraterna: a difícil e necessária alteridade com o outro migrante

2.5.1 Pensar a alteridade a partir do (eu) indivíduo: a necessidade da metamorfose humana

A abordagem propõe uma reflexão sobre a necessidade de pensar a alteridade e a urgência de uma metamorfose humana na atualidade. Esta é uma inquietude que desde o início da pesquisa esteve presente e provocou o seu desenvolvimento, já que mais do que nunca são necessárias de pontes de alteridade, acolhida e solidariedade e não muros de exclusão. Não se pode deixar de apostar e ter a esperança que uma sociedade mais humana pode ser construída. No entanto, a tarefa é de cada um enquanto construtores de pontes.

Assim, busca-se no decorrer desta, questionar a alteridade a partir do outro diferente do eu, o que se aplica aos migrantes, não só nos serviços públicos, mas também nas relações individuais e enquanto sociedade. Afinal, não há como desvincular o ser humano da sociedade e sendo elemento integrador, estar disponível a ajudar o outro é a base para uma sociedade mais justa, humana e fraterna. A pergunta que não se cala é a que questiona como evoluir em relação aos migrantes que chegam e batem na nossa parte? Eis algo que, para alguns pode parecer uma utopia, mas que não deixa de ser necessária e vital considerando a quantidade de rostos nus que a sociedade apresenta.

No entanto, em muitos encontros com os migrantes que passam a dividir o mesmo tecido social com os locais, o “eu” age de forma semelhante aos macacos da Fábula dos Três Macacos Sábios do provérbio japonês, na qual Iwazaru é o macaco mudo, Mizaru, o macaco cego e Kikazaru, o macaco surdo. A lição deles se traduz no sentido de não ouça o mal, não fale o mal e não veja o mal. Esta é uma regra de ouro para manter a harmonia das relações humanas, não espalhar o mal, não enxergar e nem ouvir o mal.¹⁷ .

A Fábula é um convite à reflexão e reporta aos tempos de intensas migrações, pois não raras vezes tudo o que envolve os migrantes é encarado como um “mal”, uma ameaça, que recusa-se a ver, ouvir e falar. Esta recusa em se

17 PENSAR CONTEMPORÂNEO. O ensinamento dos três macacos. 2018. Disponível em: <https://www.pensarcontemporaneo.com/o-ensinamento-dos-tres-macacos/>. Acesso em: 15 mar. 2020.

comunicar deve-se por enxergar apenas o mal nessas pessoas e de querê-los distante.

Para Morin (2007) o pensar mal tende a ignorar os contextos, mutila a compreensão humana, atrofia a consciência da solidariedade. O mal é resultado da insensibilidade, da indiferença, da ignorância, falta da sabedoria, de amor, de compaixão. “O mal é um desastre, o horror da condição humana” (p. 191). Logo, “pensar mal, rói a ética nas suas fontes: solidariedade/ responsabilidade”. E ainda, “a incapacidade de ver o todo, de religar-se ao todo, gera a irresponsabilidade e falta de solidariedade” (p. 62). “É impossível que o mal desapareça” dizia Sócrates em *Teeteto*. Sim, mas é preciso tentar impedir o seu triunfo” (p. 193).

Contudo, pensar bem, religa, liberta do fechamento, reconhece os contextos, concebe a consciência humana. Pensar bem inclui a compreensão que afeta a relação sujeito-sujeito. Pensar bem torna-se urgente e é uma necessidade vital para combater o ódio e a desumanização. Trabalhar para pensar bem pode levar a estabelecer concretamente a solidariedade e a responsabilidade humana e a regenerar um humanismo (MORIN, 2007).

Assim como Kikzaru, Mizaru e Iwazaru, muitos indivíduos ficam inertes quando o “mal” do migrante se aproxima. Estas atitudes demonstram segundo Bauman (2017, p.08) que:

estamos ficando insensíveis ao drama dessas pessoas porque estamos cansados de vê-las à nossa porta e saber que permanecem a exigir de nós atitudes solidárias. Passamos da estranheza, atitude inicial diante de fatos dessa natureza, para a indiferença que nasce da insensibilidade (BAUMAN, 2017, p. 08).

Por sua vez, a alteridade só existe quando indivíduo é motivado pela sensibilidade e passa a reconhecer o outro e se disponibiliza a comunicar com ele. No entanto, deve-se compreender que o rosto do outro, nem sempre consegue se manifestar, “a modernidade reduziu o outro, massificando-o, tornando-o simplesmente objeto da experiência relacional, que só será superada pela alteridade” (SALES, 2005, p.119).

O rosto não se reduz a manifestação física, à face humana, mas a transcendência é a expressão da vulnerabilidade do existente. O rosto é uma presença viva, uma voz, uma fala, onde a linguagem é endereçada a outrem e o invoca, numa espécie de clamor (LÉVINAS, 1980). Para Sales (2005) o rosto dá a

abertura ao discurso e que fala exigindo do interlocutor uma resposta-responsabilidade perante o sofrimento do outro. “É uma espécie de interpelação ética dirigida a nós: somos intimados a uma resposta, ao acolhimento de outrem, totalmente distinto de mim” (MARQUES, BIONDI, 2017, p. 282).

O diálogo no encontro muitas vezes não acontece, pois “a dificuldade ou recusa na aceitação do fenômeno da alteridade impede a constituição de uma relação de comunicação” (MARTINO, MARQUES, 2019, p. 23). Há uma demanda ética na relação comunicacional, que a partir da teoria levinasiana determina que a comunicação é “um fenômeno ético por excelência, na medida de seu necessário direcionamento a outrem, tendo, como pressuposto, a abertura e a possibilidade de acolhimento da alteridade” (MARTINO, MARQUES, 2019, p. 24).

Ainda segundo Morin (2007, p.103):

o ser humano percebe o outro como um eu simultaneamente diferente e igual a ele. O outro partilha assim uma identidade comigo embora conservando a sua diferença. Quando aparece como semelhante, carrega um potencial de fraternidade. Quando aparece como diferente, carrega um potencial de hostilidade. [...] e a inquietante estranheza, que dissipa em nós o sentimento de identidade em comum. Quando o espírito está cego pela ira, ódio ou pelo desprezo, a diferença cresce e o outro é excluído da identidade humana. Torna-se um cão, um porco, ou pior ainda, um dejetivo e excremento. Em contrapartida, a simpatia, a amizade, afeição e o amor intensificam a identidade comum.

Partindo de Marques e Marques (2017, p.46), “o rosto nos lança um apelo que se distancia da hostilidade e se aproxima da hospitalidade que acolhe e, ao mesmo tempo, interroga e demanda uma resposta”. Por sua vez, “o rosto me mantém refém, atado em uma relação de responsabilidade”, que de um lado, “o rosto do outro diante de mim me afirma e torna minha própria existência humana, ao solicitar-me uma escuta e, ao mesmo tempo, uma palavra”. Já, de outro, “exige de mim uma ação, retirando-me continuamente do conforto do território por mim habitado”.

Como observa Freire (2003, p. 14):

é preciso dispor a escuta para esse outro de forma a poder responder a ele, ao seu sofrimento (nudez e miséria em Lévinas). Essa resposta é responsabilidade: responsabilidade pelo outro, pelo seu sofrimento, por sua angústia. [...] Oferecer um lugar para o outro – lugar este que desde sempre já seria dele –, abrindo portas e janelas para sua visita, oferecendo o melhor conforto e a melhor comida, garantindo-lhe um espaço de habitabilidade, ou seja, um ethos, uma morada confiada e serena onde ele possa renovar-se para retomar suas dores no mundo.

O rosto que se apresenta e que pede acolhida para o eu, dá início a uma relação de comunicação. Logo, a ausência de comunicação é a negação da responsabilidade com o outro e esta recusa em dar uma resposta é manifestada pelo silêncio, pelo efeito da invisibilidade, eventos muito comuns no cotidiano. O silêncio ignora o rosto do outro, demonstra que não se quer ter contato por que a sua presença causa incômodo e o constrange. O silêncio é a perda do sentido de hospitalidade e de compaixão do humano do ser.¹⁸

A alteridade começa com o acolhimento, pois “o ser que se exprime impõe-se, mas precisamente apelando para mim da sua miséria e da sua nudez - da sua fome - sem que eu possa ser surdo ao seu apelo” (LÉVINAS, 1980, p. 179). É assim que o rosto do migrante se apresenta diante do eu e da sociedade, demandando uma resposta e com o desejo e a necessidade de se comunicar e de ser acolhido e respeitado na sociedade de instalação. Dessa maneira, exige-se uma responsabilidade não só dos profissionais das políticas públicas, mas de cada um de nós e de toda a sociedade, um cuidado e uma abertura a partir de uma relação ética e dialógica.

Como destacam Martino e Marques (2019, p. 29) “o ato de abrir-se para outrem está no fundamento da comunicação como fenômeno ético”, que “se institui a partir do reconhecimento do outro como alguém com quem se está em relação a partir do momento em que se está na presença de seu rosto”, o que por sua vez, “neste ponto, afirma-se uma ética de responsabilidade com aquele com o qual se comunica”.

A questão que é imposta está nesta abertura para uma comunicação como ação em direção ao outro, uma comunicação que vai além das tecnologias midiáticas, móveis e digitais que utilizamos a todo momento, mas para uma relação “face a face” como diz Lévinas (2004), que substitui o isolamento e o distanciamento provocado pelo aceleramento digital em favor da proximidade física e dos estabelecimento de laços reais e afetivos frente a quem se depara.

Ignorar a presença e desviar o olhar do outro, é fugir de uma responsabilidade ao qual o eu foi convocado. “O ignorar do outro, a recusa a esse sentido de

18 No entanto, como será visto quando da análise dos atendimentos dos profissionais de saúde aos migrantes, a ausência de comunicação e compreensão do outro se dá a partir da diferença de idioma, o que prejudica na hospitalidade do migrante junto à política pública de saúde. Aí reside a importância da comunicação para a aproximação do eu e o outro, principalmente nos cuidados da saúde.

responsabilidade parece ser o negativo do ser imerso em sua ipseidade e, por isso, distante de qualquer comunicação” (MARTINO, MARQUES, 2019, p.34).

A ética para o outro se opõe a todas as formas de exclusões e ao desprezo que exclui o outro da espécie humana. As saudações de bom dia, boa noite, apertos de mão, abraços e as fórmulas de cortesia tendem a esvaziar a hostilidade potencial do outro e a suscitar a benevolência pela demonstração do apreço, tecem uma malha de cordialidade e ainda, manifesta nosso interesse e respeito pela pessoa (MORIN, 2007).

Dessa maneira, “desprezar é recusar-se de compreender” (MARCEL AYMÉ apud MORIN, 2007, p.109). As incompreensões imperam nas relações entre os seres humanos, fazem estragos na família, no trabalho, geram mal entendidos, provocam desprezo e ódio. O reino das incompreensões suscita as falsas percepções do que é o outro, os erros em relação ao outro. A compreensão humana comporta amor, afetividade, ternura (MORIN, 2007). Assim acontece com os migrantes que são movidos pelas falsas percepções das pessoas, jogados a todo momento, como se fossem o mal da sociedade junto com outros tantos sujeitos considerados.

Oportuno trazer pra discussão, o significado do prefixo “com” que se encontra na complexidade, compreensão e comunidade. “O verbo *complectere* do qual *complexus*, significa “abraçar”. O pensamento complexo é um pensamento que abraça a diversidade e reúne o separado”. Ou seja, “o pensamento complexo estabelece um religação cognitiva, que abre uma via de indo e vindo da religação cognitiva à religação ética”. A palavra compreensão indica que “há ação de envolvimento, algo que abraça” no sentido afetivo. Enquanto, a palavra comunidade, “ela mesma nos abraça” (MORIN, 2007, p.142-143).

Para Lévinas (1980) a manifestação do rosto quando se encontra com o eu, apresenta-se o imperativo ético “tu não matarás” como exigência do outro fundado na dignidade humana. “Tu não matarás” é um mandamento que ordena “tu amarás o teu próximo”. Contudo, adverte que o “assassino” é possível, quando não se olha o outro no rosto.

No dia a dia, os “assassinos” aparecem e matam muitos rostos, utilizando como armas, a discriminação, o desprezo, a xenofobia, o racismo e a intolerância. Assim acontece com a “pele do vizinho” que é algo que pode ser um sentimento de conexão com o outro, fazer o sujeito se sentir tranquilo em contato com os outros,

como também ser elemento de ameaça e insegurança. A “fronteira externa” estabelecida pela cor da pele sugere que algo está errado com o outro, com o vizinho. A ideia de vizinho é colocada ao lado do sujeito que se deseja confiar (TURQUET, 1975 apud FROSC, 2015, p. 53).

Amar o vizinho é desafiante, tanto quanto aceitar a cor da sua pele, do vizinho haitiano, senegalês, africano e assim por diante. Por vezes, se está sendo o “assassino” do rosto do migrante, só por que sua cor nos incomoda. O racismo pela cor da pele do vizinho é ressignificado pela xenofobia, medo pelo desconhecido. Na mesma linha, Guimarães e Alonso (2016) questionam o que diz o “eu” sobre o “outro”, aquele que chega e carrega em seu corpo a tripla marca de ser migrante: ser migrante, vindo de país pobre e negro?

Logo, o censo de perturbação com alguns vizinhos é tanto, que as pessoas que convivem com os migrantes ou muitas vezes sem mesmo se relacionarem, atribuem características pejorativas sem ter conhecimento de quem são, de onde vieram, o que acaba contribuindo para a disseminação do preconceito contra essa população. Dessa forma, em função da “pele do vizinho”, o racismo é ressignificado pela xenofobia, o medo pelo desconhecido (DIEHL, 2016).

Guimarães e Alonso (2016, p.08) trazem ainda uma situação envolvendo um migrante haitiano e brasileiros, que em sua fala relata esse sentimento de rejeição. “Tinha um lugar do meu lado (no ônibus). Entrou gente, mas ninguém sentou do meu lado. Neste dia, eu fiquei muito triste, chateado. Daquele dia até hoje eu sinto a dor, fiquei envergonhado”. Esse exemplo reforça a ideia de “assassino”, da morte do rosto do outro, que não raras vezes se presencia.

No entanto, como observa Diehl (2016, p.131), a perturbação não se aplica somente aos migrantes, e sim, a determinados migrantes:

deparamos no Rio Grande do Sul com a comum imigração de uruguaios habitando em cidades do estado e o mesmo não ser uma constatação significativa, no sentido de discriminação ou preconceito contra. Pelo contrário, são os assim chamados “amigos”, “irmãos” os “hermanos”... Logo, isto pode demonstrar que, o racismo e discriminação contra grupos imigrantes têm como um dos seus grandes focos de destaque, a questão racial, o fenótipo da pele.

As mais inusitadas manifestações de intolerância lembra Fantini (2015, p.108) “são reservadas às pessoas “estranhas”, que tentam agir e falar como aqueles que se julgam “cidadãos natos” e “autênticos”. Quanto mais esses “estrangeiros” tentam

imitar a “nós”, isto é, quanto mais eles tentam “pertencer”, mais feroz aparece a rejeição.

Por sua vez, a tolerância é um atributo mais necessário do que nunca, para a vivência pacífica e humana em sociedade. De acordo com a Declaração de Princípios sobre a Tolerância da Unesco de 1995, a tolerância,

Art. 1º...

1.1 [...] é o respeito, a aceitação e a apreço da riqueza e da diversidade das culturas de nosso mundo, de nossos modos de expressão e de nossas maneiras de exprimir nossa qualidade de seres humanos. É fomentada pelo conhecimento, a abertura de espírito, a comunicação e a liberdade de pensamento, de consciência e de crença. A tolerância é a harmonia na diferença. Não só é um dever de ordem ética; é igualmente uma necessidade política e jurídica. A tolerância é uma virtude que torna a paz possível e contribui para substituir uma cultura de guerra por uma cultura de paz.

1.2 A tolerância não é concessão, condescendência, indulgência. A tolerância é, antes de tudo, uma atitude ativa fundada no reconhecimento dos direitos universais da pessoa humana e das liberdades fundamentais do outro [...].

Vindo ao encontro do respeito dos direitos humanos, a Declaração ainda prevê que “praticar a tolerância não significa tolerar a injustiça social, nem renunciar às próprias convicções, nem fazer concessões a respeito. A prática da tolerância significa que toda pessoa tem a livre escolha de suas convicções e aceita que o outro desfrute da mesma liberdade”. Significa aceitar as pessoas em sua diversidade de aspecto físico, comportamentos, valores, modos de se expressar e situação em que estão inseridas.

Em consonância, Bobbio (2004, p. 89) chama atenção para dois sentidos da tolerância, o positivo e o negativo. Contudo, a que mais preocupa é a tolerância negativa, que não deixa de ser a inércia, a cegueira, o silêncio frente as injustiças da sociedade:

a tolerância em sentido positivo se opõe a intolerância (religiosa, política, racial), ou seja, à indevida exclusão do diferente. Tolerância em sentido negativo se opõe a firmeza nos princípios, ou seja, à justa ou devida exclusão de tudo o que pode causar dano ao indivíduo ou à sociedade. Se as sociedades despóticas de todos os tempos e de nosso tempo sofrem de falta de tolerância em sentido positivo, as nossas sociedades democráticas e permissivas sofrem de excesso de tolerância em sentido negativo, de tolerância no sentido de deixar as coisas como estão, de não interferir, de não se escandalizar nem se indignar com mais nada.

Tolerar negativamente corrói a ética e a responsabilidade com o outro. Como bem destaca Morin (2007) se o mal é separação, o bem é religação. Os tempos

modernos produziram deslocamentos e rupturas éticas na relação indivíduo/sociedade/espécie. “O sentimento da responsabilidade encolheu e o sentido de solidariedade enfraqueceu” (p.27). A ética é um ato individual de religação. A religação ética consiste na religação com o outro, na religação com uma comunidade, na religação com uma sociedade, e na religação com a espécie humana. A crise atual da ética é ao mesmo tempo, a crise da religação indivíduo/espécie/sociedade. Urge refundar a ética, regenerar as suas fontes de responsabilidade-solidariedade. Para tanto, é necessário regenerar o circuito de religação indivíduo/espécie/sociedade. Estamos na extremidade da luta da religação contra a separação, a dispersão, a morte e é aí que desenvolvemos a fraternidade e o amor (MORIN, 2007).

No entanto, o indivíduo e a sociedade não vivem como uma comunidade que “abraça” os migrantes, as minorias, os vulneráveis, devido estar submerso a uma cegueira. Um estado de cegueira que Saramago (1995) denomina de cegueira mental pela qual a humanidade se encontra que não consegue ver a si próprio e muito menos o outro, sendo indiferente diante de situações que oprime e desumaniza. Estamos “cegos de sentimentos” pela falta de compaixão (p. 241). É preciso refletir sobre “a responsabilidade de ter olhos” adverte Saramago (p. 242).

Saramago citado por Beijo (2010, p. 04) já dizia que “o egoísmo pessoal, o comodismo, a falta de generosidade, as pequenas covardias do quotidiano, tudo isto contribui para essa perniciosa forma de cegueira mental” que se constitui “em estar no mundo e não ver o mundo, ou só ver dele o que, em cada momento, for suscetível de servir aos nossos interesses”.

Nas palavras de Kant ao ser citado por Gomarasca (2017, p. 22-23), é necessário fazer aquela pequena operação mental que qualquer um pode fazer, isto é, tentar se colocar no lugar do outro.

Ser beneficente, ou seja, promover com os próprios meios a felicidade de outros seres humanos necessitados, sem esperar por algo em retorno, é o dever de todos, já que todo aquele que se acha em necessidade deseja ser ajudado por outros. Mas se ele deixar sua máxima de não se dispor a dar assistência aos outros, por sua vez, quando estes estiverem necessitados, tornar-se pública, isto é, fazer disto uma lei facultativa universal, então todos, igualmente, lhe negarão a assistência quando ele próprio estiver necessitado ou, ao menos, estariam autorizados a negá-la. Por conseguinte, a máxima do egoísmo entraria em conflito consigo mesma, caso se fizesse dela uma lei universal, quer dizer, ela é contrária ao dever. E, conseqüentemente, a máxima do interesse comum, de beneficência com os necessitados, constitui um dever universal dos seres humanos,

precisamente porque cabe considerá-los como próximos uns para os outros, isto é, seres racionais com necessidades, unidos pela natureza num lugar de habitação, de modo a poderem prestar mútua ajuda (KANT, 2003, p. 296).

Como defende Gómez (2011, p. 140) “o coração será o símbolo da religação de alteridades ou sua negação”. Se, por um lado, aparece um “coração puro” marcado pela ternura e pelo acolhimento, também aparece como “coração duro” como a pedra, capaz de endurecer os sentimentos das pessoas”. Os do coração puro encontram sua felicidade no triunfo da fraternidade e da alteridade, num compromisso concreto com a construção do ser humano e de uma sociedade melhor. “Oposto à atitude dum coração que escuta e dá valor ao outro, a experiência do coração de pedra cria indiferença, opressão e exclusão. Significa o totalitarismo individual que rejeita a possibilidade da novidade e da contribuição do outro”.

É a negação do outro que ocorre em suas diversas formas no dia a dia e que mostra o quanto é necessário evoluir como seres humanos e amaciar o coração. Sabe-se o que se pode fazer, mas se faz muito pouco pelo semelhante. O coração de pedra solidifica os tesouros escondidos em seu interior. Outrossim, “se em alguns casos, a alteridade é já uma realidade reconhecida, ainda está longe de ser universal, presenciando situações desumanas e injustas nos nossos dias. É urgente sentir que a alteridade ainda é uma realidade a ser conquistada” (GÓMEZ, 2011, p. 140).

O autor se reportando aos estrangeiros que se agregam como novos membros da comunidade local, integrando a outras culturas, para este grupo “a alteridade é uma forma de crescimento humano”. “Trata-se de um autêntico reconhecimento de alteridades para a construção duma sociedade aberta ao diálogo e ao pluralismo” (GÓMEZ, 2011, p. 143).

Vive-se uma sociedade de risco adverte Beck (2011). O século XXI carregou consigo problemas antigos e que a partir da globalização foi dado novos contornos, a exemplo dos problemas ambientais, refugiados, migrantes, fome, desemprego, terrorismo e de sobremaneira, a ausência de diálogo intercultural e a intolerância. Em tempos da intolerância, as pessoas esquecem de partilhar e de estender as mãos a quem precisa, numa imersão profunda no individualismo, não sendo capaz de reconhecer o outro e exercer a alteridade.

No entanto, não se pode ser indiferente e inerte, ao fazer parte da família humana e se tem a responsabilidade de construir uma sociedade mais justa e humana. Depara-se com valores em crise, que para Morin (2011) “a crise geral da humanidade é a crise da humanidade que não consegue se tornar humanidade”. O mundo sempre terá suas carências, lacunas, tragédias e mortes, mas sabemos que um mundo melhor é possível. Esse é o caminho: a esperança.

Como se daria a mudança da humanidade? A partir daquilo que Morin (2007) defende como vias regeneradoras. O problema profundo e incontornável agora é o da reforma da humanidade, que regeneraria a totalidade da relação indivíduo/sociedade/espécie. É uma reforma da sociedade, da vida, do espírito, da educação e da ética, numa metamorfose que faria surgir um mundo humano de novo tipo. Para considerar o que é uma metamorfose, é preciso considerar o que se passa com uma crisálida onde se fecha a lagarta. Ao mesmo tempo em que realiza um processo de autodestruição, acontece a autoconstrução da larva em borboleta, esta tem a mesma identidade da borboleta, porém o fez gerar novas qualidades, novas propriedades, inclusive de voar. A metamorfose só é possível com a contribuição e o apoio da consciência humana e da regeneração ética. A sobrevivência, o progresso e o desenvolvimento humano dependem dessa metamorfose (MORIN, 2007).

E é por essa metamorfose que deve passar a nossa alteridade para a construção de uma sociedade mais humana e acolhedora. Uma metamorfose também da sociedade, a partir da transformação de uma sociedade “fechada” para uma sociedade aberta, inclusiva que bem recebe os migrantes. E indo mais além, é a necessária metamorfose da humanidade a favor de uma ética planetária, pensando no mundo como um todo, numa grande família, no qual as migrações internacionais contracenam neste espaço, com causas e efeitos locais e globais.

2.5.2 Pensar a alteridade a partir do eu (sociedade): o “bem receber”, a cidade como espaço de acolhida e de cuidado dos migrantes

É a partir da imagem (FIGURA 1) e do poema “Cidade Acolhedora” que se inicia a reflexão sobre a cidade e a acolhida dos migrantes, enquanto espaço de alteridade.

Figura 1 – Cidade acolhedora



Cidade acolhedora!

*Cidade que acolhe a cada migrante...
 Chegas de todos os lugares
 Vens de outras terras, de outros mares
 Em busca de pão, de vida, de dignidade
 Te recebo de mãos abertas
 Te amo como um(a) filho(a)
 Te acolho em meu coração.¹⁹*

Por sua vez, o migrar se inicia com as dificuldades no país de origem, o contato com alguém que teve êxito em outro país, as primeiras iniciativas para mudar de vida, o percurso e a chegada. A acolhida, a solidariedade entre os migrantes e pessoas locais, a tentativa de viver em comunidade, que nem sempre ocorre. O percurso é acompanhado da nostalgia e da tristeza, da saudade e da esperança. São pessoas, sonhos, histórias que se movem, que desejam pulsar também no coração da cidade e ali encontrar amor e acolhida. Assim como uma mãe ama, abraça e acolhe seus filhos, a cidade enquanto “família coletiva” deve amar, abraçar e cuidar de todos seus “filhos”, indistintamente, recebendo-os com as mãos da compaixão.

Os migrantes, “chegando de todos os cantos do mundo, de diferentes continentes e nações, povoam as grandes cidades, homens e mulheres, crianças, jovens e idosos em diferentes tempos, condições e expectativas” (POSSANI, FRANCO, 2018, p. 09).

¹⁹ Arte de Anderson Augusto Pereira, em trecho extraído da Obra de POSSANI, Lourdes de Fátima Paschoaletto; FRANCO, Cecília Bernardete. **Por uma cidade acolhedora: somos todos migrantes.** Paulus Editora, 2018.

Se de um lado, há muitas histórias de “acolhimento na chegada, de esperança de construção de uma nova vida, de um recomeço com casa e comida para a família, de encontros com outros povos, culturas e religiões”, por outro, e não raras vezes, o que se vê “em nosso cotidiano social e até familiar, reações de repulsa e de intolerância aos que chegam de outros lugares, como se estes fossem intrusos querendo tomar o seu emprego, usurpar o seu lugar e tumultuar a “paz” em que vivem” (POSSANI, FRANCO, 2018, p. 10). Essas situações questionam a noção de “cidade de acolhida”.

Partindo da ideia de cidades inclusivas, como prevê a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, o avanço da urbanização torna ainda mais urgente e necessário o processo de transformação das cidades a partir de uma abordagem mais ampla e integrada que seja capaz de equilibrar a economia, meio ambiente e qualidade de vida. Assim, a implementação de uma nova agenda urbana além de pensar nas atividades produtivas, o estímulo à inovação, à tecnologia, à informação também deve priorizar a adoção de medidas resilientes e comprometidas com a implantação de estruturas e de serviços eficientes voltados ao bem-estar das pessoas. Ou seja, uma cidade inclusiva seja pelo acesso à educação, saúde, segurança pública, mobilidade humana ou também pela criação de um ambiente que gere oportunidade e inclusão social que possibilite aos indivíduos indistintamente, potencializar o seu desenvolvimento (CAMPOS, 2018).

É urgente conhecer a realidade das migrações, suas causas e consequências a fim de estabelecer ações necessárias em prol do acolhimento das pessoas. Logo, a acolhida deve ser entendida num sentido mais amplo do que apenas oferecer alimento e trabalho. O princípio da dignidade humana apresenta uma exigência maior e mais comprometedora para a esfera das relações sociopolíticas: assegurar o título de cidadão ao migrante. O reconhecimento dos direitos humanos enquanto categoria de valor universal conduz a uma reivindicação implícita de uma cidadania humana independente do reconhecimento jurídico-político conferido pelo território de nascimento, visto que o fato de possuir uma nacionalidade e estar fora do país de origem não é impedimento para a cidadania universal (GASDA, 2009, p. 206).

A cidade deve ser um espaço de fortalecimento das relações, de expansão das liberdades e de proteção das capacidades como se referem Sen e Nussbaum, que oportunize o protagonismo dos sujeitos em mobilidade, tornando-os agentes capazes de agir, intervir na sociedade, realizar seus objetivos e construir uma nova

vida. A cidade deve trilhar o caminho daquilo que realmente se entende como desenvolvimento, na perspectiva da qualidade de vida da população.

As cidades a partir das migrações passam a ser cada vez mais espaços multiculturais por excelência, onde diferentes grupos populacionais exercem seus direitos e deveres, desenvolvem suas atividades e ocupações laborais, manifestam os seus traços culturais e estilos de vida e reinventam as suas identidades (RAMOS, 2009). Neste sentido, as cidades devem estar ou deverão se preparar para tratar situações de outras especificidades e culturas, afinal, um novo público passa a dividir o espaço local e a reivindicar condições enquanto parte dela. Assim, a cidade deve voltar-se a toda a população que ali reside. É preciso compreender o espaço urbano, o que para Ramos (2009, p. 04) deve ser levado em consideração que “esta multiculturalidade alarga e diversifica o âmbito de ação do pluralismo na esfera do planejamento e gestão urbana e das políticas públicas”.

Com efeito, “quanto maior for a diversidade de redes de relações sociais de um indivíduo, maior é o acesso às oportunidades de integração, de educação, de saúde e bem-estar e de mobilidade individual, social e familiar”. Quando existir igualdade de oportunidade de residir em espaços com infraestruturas e equipamentos de qualidade, entre os diferentes grupos populacionais, incluindo os migrantes e minorias étnicas, “a capacidade de desenvolvimento pessoal, social e profissional e de comportamentos saudáveis poderá ser promovida e orientada no sentido da igualdade de oportunidades, da inclusão, da qualidade de vida e bem-estar de todos os cidadãos” (RAMOS, 2009, p. 04).

Os migrantes, que geralmente, tendem a se concentrar em bairros afastados, em áreas degradadas e com poucas condições de habitação e higiene, dividindo alojamentos superlotados, compartilhando das mesmas condições de vida, de precariedade e de exclusão social, isso faz com que se enfraqueça as redes sociais e agrave a integração na sociedade e a sociabilidade.

A migração poderá ampliar a perspectiva de liberdade do migrante, melhorar as condições de vida, proporcionar o acesso aos serviços básicos, à escolaridade, à saúde e à participação, transformando-se ao final em um importante fator de desenvolvimento. No entanto, é necessário um acolhimento adequado que lhes permita desenvolver-se nos contextos social, educacional, sanitário e político, como também, um suporte social formal que inclui serviços sociais, técnicos e órgãos administrativos que promovam apoio e assistência sanitária, educativa, social,

administrativa e jurídica, dentre outras, e do suporte social informal, relacionado aos amigos, vizinhos, familiares, grupos sociais, associações, igrejas e outros, que dão apoio emocional, suporte na vida diária e nas dificuldades cotidianas (REIS, RAMOS, 2012, apud COSTA, RAMOS, SILVA, 2012, p. 02-03).

Na mesma linha, é importante estar presente o diálogo intercultural no cotidiano, assentado em dois tipos de direitos fundamentais: “o direito à cidade” enquanto espaço coletivo, promotor da participação e integração de todos na construção da cidade e o “direito à diferença”, enquanto alteridade, diversidade e comunicação intercultural (SANDERCKOC, 2004, apud RAMOS, 2009, p. 09).

A diferença cultural poderá reconhecer a diferença do “outro” e incluí-lo, mas poderá também agravar as diferenças entre a maioria e a minoria, desencadeando atos de racismo, xenofobia, preconceito e segregação. Se por um lado a cidade concentra violências, conflitos, exclusão, tensões e doenças, ela é também o espaço que influencia o comportamento, os hábitos, as expectativas, as realizações, as dinâmicas sociais e identitárias. As necessidades individuais, as realizações e projetos de vida, desempenho pessoal e profissional e a saúde estão estreitamente relacionados aos ambientes e redes sociais de vivência urbana (KLEIT, 2001 apud RAMOS, 2009, p. 03-04).

Ainda nesta seara, “a cidade tem que ser encarada e trabalhada como um bem público, todos que nela precisam ou desejam morar tenham o direito de usar, gozar e dispor para a sua felicidade e realização” (ALVES, 1992, p. 26). O direito à cidade deve ser interpretado como direito de todos os sujeitos residentes, independente de sua origem e nacionalidade. O espaço urbano apresenta uma dinâmica constante de pessoas, serviços e bens, é berço de diversas atividades o que, por sua vez, torna imperioso a adoção de mecanismos de gestão que acompanhem as transformações urbanas, especialmente aquelas impostas pela presença de migrantes.

Cidades gaúchas como Porto Alegre, Lajeado, Caxias do Sul, Passo Fundo, Encantado, Bento Gonçalves, Marau e Santa Cruz do Sul, por exemplo, têm convivido com maior intensidade nos últimos anos, com um novo tipo de população, os novos migrantes: haitianos, senegaleses, ganeses, bengaleses, indianos, etc.²⁰ Por sua vez, as cidades, não só as gaúchas, mas como todas que “acolhem”

20 ROLLSING, Carlos. Novos imigrantes mudam o cenário do Rio Grande do Sul. **Gaúcha ZH**, Porto Alegre, 18 de agosto de 2014.

migrantes, são desafiadas quanto ao seu papel social de bem receber esta população e garantir qualidade de vida e serviços públicos que atendam as necessidades dos migrantes que passam a contracenar no espaço urbano.

Há nas cidades, muitas situações que comprometem a dignidade das pessoas, especialmente para a camada mais pobre ou grupos vulneráveis, entendidos de acordo com Baumam (1999) como os “refugos” da sociedade globalizada que passam despercebidos pelos administradores públicos. É com essas pessoas que a cidade deve se importar ainda mais, por estarem em situações de desigualdade, excluídos das oportunidades e privados em sua liberdade.

Todas as pessoas têm o direito de encontrar nas cidades as condições necessárias para desenvolver-se e realizar-se. Para tanto, a igualdade e a equidade devem ser a linha dorsal do planejamento de todas as ações da cidade e no tocante à moradia, trabalho, educação, saúde, transporte, lazer, saneamento básico e cultura. Logo,

trata-se de garantir o “direito a ter direitos” também à população que escolheu este país para viver, ao menos por um tempo, mesmo tendo nascido em outro lugar. [...]. Homens e mulheres migrantes apontam para um bem-estar que não se refere à igualdade, mas à mesma dignidade e garantia de direitos, na alteridade de situações e de condições que as políticas públicas não conseguem incluir se não considerarem as desigualdades de fato (LUSI, 2015a, p. 142-143).

A cidade “é o local por excelência da alteridade, propiciando o uso de um espaço comum que deve levar em consideração a diversidade” (REIS, NAVES, 2017, p. 57). Como “local onde (e de onde) o poder se exerce, a cidade reivindicou a sua centralidade, e (a)traiu imigrantes de toda a parte, adensando-se, acelerando-se, intensificando-se, expandindo-se”. Por sua vez, “nada encantou tanto o imigrante como a cidade, e ele a transformou na “grande morada da humanidade” (MUMFORD, 2008, p. 39).

Os migrantes “experimentam a morte, não apenas em sua versão biológica, mas a morte social, cultural, moral”. Ao que parece, “não são identificados como consumidores, para os quais a cidade se abre; mas como “classes perigosas”, para as quais a cidade se fecha. Trata-se de uma teoria da suspeição generalizada, que é o paradigma da nossa relação com a alteridade” (MELO, 2008, p.38-39).

Cabe aqui, rejeitar a imagem do “estranho no ninho”, que impõe ao migrante toda a responsabilidade pelo seu “(não)ajustamento” aos padrões urbanos,

responsabilizando-os pelo seu “inchamento”, pela desordem da cidade. O narcisismo e a arrogância fizeram de nossas cidades um “espaço de crueldades” contra os seres do mundo (MELO, 2008, p. 40). Espaços de negação e não responsabilização pelo outro.

A cidade deve se voltar à ética do cuidado, numa relação com o “outro” que por sua vez suscita responsabilidade. A cidade deve cuidar das pessoas, assim como o eu deve cuidar do outro. Contudo, cuidar, precisa ser “mais que um ato, é uma atitude”, “abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2014, p. 37).

O sintoma mais doloroso, já constatado nas últimas décadas por pensadores contemporâneos, é um difuso mal-estar da civilização que aparece em forma do descuido, do descaso, do abandono, ou seja, pela falta de cuidado. Há um descuido e um descaso com os pobres e marginalizados da humanidade. Individualismo menospreza a tradição da solidariedade. Há um descuido e um abandono crescente da sociabilidade nas cidades, predomina-se a cidade do espetáculo e do entretenimento. Busca-se hoje ansiosamente uma espiritualidade, baseada na ética da responsabilidade, da solidariedade, da compaixão e do cuidado (BOFF, 2014). Busca-se enfim, a presença da alteridade, a metamorfose também das cidades, o resgate da sua humanidade.

É para essa direção que esta reflexão aponta, trilhar caminhos em busca de uma sociedade acolhedora, constituída do verdadeiro espírito de comunidade que abraça todos aqueles que escolheram esse lugar para viver. É o que se exige de cada cidadão, dos administradores e gestores públicos, das políticas públicas, um olhar sensível voltado às pessoas.

Por sua vez, “a hospitalidade não consiste em dar espaço a outro, mas em receber o outro em seu espaço”. Este outro “não pode ser valorizado apenas quando se revela um potencial consumidor, ou quando pode realizar uma função indesejada no mercado de trabalho, sendo excluído quando não atende interesses específicos da conjuntura sociopolítica”. Trata-se, de não mais “conceituar como hospitalidade essa arte de excluir criando espaços específicos para o outro a fim de ele possa bem servir ao local do que venha fazer parte (RAMOS, 2003, p. 30).

A hospitalidade está imbricada na ideia de acolhida e trata-se de um convite para o exercício da sensibilidade, do questionamento dos próprios valores, da ética

e, principalmente da responsabilidade universal (RAMOS, 2003, p. 30). Sobre a hospitalidade, Kant ao ser citado por Bauman (2017, p.73), reivindica a substituição da hostilidade pela hospitalidade e insiste em afirmar que:

não é uma questão de filantropia, mas de direito. Hospitalidade significa o direito que tem um estrangeiro de não ser tratado de forma hostil pelo fato de estar em território alheio. [...] um direito de visita, direito a apresentar-se à sociedade, que têm todos os homens em virtude do direito da propriedade em comum da superfície da Terra [...] tendo que se tolerar uns juntos aos outros, e não tendo ninguém originariamente mais direito que o outro de estar em um determinado lugar da Terra.

Quando um acolhe o outro surge o amor. Nesta deriva surge o amor ampliado que é a socialização. O amor é sempre uma abertura ao outro e uma convivência e uma comunhão com o outro (BOFF, 2014). É a sabedoria do amor que inspirou Lévinas a pensar a alteridade enquanto ética de responsabilidade pelo outro. Na mesma linha, Maturana e Varela (2001, p. 269) trazem o amor como fundamento do fenômeno social:

o amor ou, se não quisermos usar uma palavra tão forte, a aceitação do outro junto a nós na convivência, é o fundamento biológico do fenômeno social. Sem amor, sem aceitação do outro junto a nós, não há socialização, e sem esta não há humanidade. Qualquer coisa que destrua ou limite a aceitação do outro, desde a competição até a posse da verdade, passando pela certeza ideológica, destrói ou limita o acontecimento do fenômeno social.

Como disse o Papa Francisco no Fórum Internacional sobre Migrações e Paz, ocorrido em 21 de fevereiro de 2017, é preciso acolher, proteger, promover e integrar os migrantes, já que fecham muitas fronteiras, erguem-se muros, barreiras e cercas como forma de contê-los. Esses verbos são o caminho para uma sociedade mais justa e humana, que reconheça os migrantes como sujeitos de direitos e merecedores de respeito (PAPA FRANCISCO, 2017).²¹ As respostas aos desafios

21 -*Acolher*- “Há uma índole da rejeição que nos assemelha e que nos induz a olhar o próximo não como um irmão a acolher, mas como alguém deixado fora do nosso horizonte de vida pessoal, transformando-o antes num concorrente, num súbdito a dominar”. Diante esta “índole da rejeição, enraizada no egoísmo, é urgente uma mudança de atitude para superar a indiferença e antepor aos receios uma generosa atitude de hospitalidade em relação àqueles que batem às nossas portas” (PAPA FRANCISCO, 2017).

-*Proteger*- Muitas vezes a experiência migratória torna as pessoas mais vulneráveis à exploração, ao abuso e à violência. “Referimo-nos a milhões de trabalhadores e trabalhadoras migrantes — e entre eles, particularmente aqueles que se encontram numa situação irregular — de refugiados e de requerentes de asilo, de vítimas do tráfico”. Dessa forma, “a defesa dos seus direitos inalienáveis, a

dos fluxos migratórios devem se articular nestes quatro verbos, o que não é diferente quando se pensa no papel das cidades nas quais os migrantes se instalam.

É preciso atenção a um grupo particularmente vulnerável entre os migrantes, refugiados e pessoas deslocadas, “que somos chamados a receber, proteger, promover e integrar”. “Essa nova gestão da migração exige a criação de políticas públicas voltadas para oferecer as condições reais de vida digna – trabalho, moradia, saúde e demais direitos – para os migrantes e refugiados”, com também “a criação de uma nova consciência que estimule a solidariedade com os migrantes, refugiados e com os estrangeiros de modo geral”. Nesse segundo caminho, os sistemas educacionais, as igrejas, os meios de comunicação têm um papel fundamental, no sentido de disseminar valores como respeito ao diferente e solidariedade com os que mais sofrem (PAPA FRANCISCO, 2017).

O grande desafio das cidades de acolhida, se assim desejarem fazer jus a esta qualidade, é receber, proteger, promover e integrar os migrantes. Cabe perguntar como está a prática desses verbos nas cidades aos quais os migrantes se estabelecem? Estão sendo de fato cidades de acolhida? O mesmo questionamento também pode ser feito a cada indivíduo. Aqui o importante não são as falas, mas essencialmente as ações, que tem muito a dizer como anda a humanidade de cada ser. É um questionamento que leva a pensar a vida, os valores e comportamentos e que impulsiona a trilhar um caminho para uma ética planetária.

garantia das suas liberdades fundamentais e o respeito pela sua dignidade são tarefas das quais ninguém se pode eximir”. Proteger os migrantes é “um imperativo moral” (PAPA FRANCISCO, 2017).
-Promover- “Proteger não é suficiente; é necessário promover o desenvolvimento humano integral de migrantes, refugiados e pessoas deslocadas”. “O desenvolvimento é um direito inegável de cada ser humano”. Como tal, “deve ser garantido, assegurando as condições necessárias para a sua prática, tanto na esfera individual como na social, conferindo a todos um acesso equitativo aos bens fundamentais e oferecendo a possibilidade de escolha e de crescimento” (PAPA FRANCISCO, 2017).
-Integrar-. A integração se baseia essencialmente no mútuo reconhecimento da riqueza cultural do outro: não se trata de nivelamento de uma cultura sobre a outra, nem sequer de isolamento recíproco, com o risco de «guetizações» nefastas e perigosas”. No que diz respeito às populações autóctones, elas devem ser ajudadas, preparando-as de forma positiva para os processos de integração, que nem sempre simples e imediatos, mas sempre essenciais e imprescindíveis para o futuro. Por isso, “são necessários também programas específicos, que favoreçam o encontro significativo com o próximo” (PAPA FRANCISCO, 2017).

2.5.3 Pensar a alteridade a partir do eu (planeta): a eminência da construção de uma ética planetária

Pensar as migrações sob a perspectiva da sustentabilidade e da Agenda 2030, implica refletir sobre a importância de uma ética com proporções planetárias, consolidada na responsabilidade pela vida das pessoas e do planeta, respeito às diferenças, solidariedade, hospitalidade e acolhimento daqueles que batem a porta.

No planeta, o que se vê são idas e vindas em todas as direções. Muitos rostos, muitas rotas: refugiados, vítimas do tráfico de seres humanos e do turismo sexual, trabalhadores temporários, técnicos, jovens, mulheres, refugiados, e outros. Multidões acampadas, em alerta, na espera de trabalho. No entanto, mais muros são levantados, cercas elétricas são instaladas, leis hostis e xenófobas são aprovadas, numa inversão de escala de valores, direitos humanos são violados em nome da cidadania (GASDA, 2009, p. 197).

Não existe um marco político global que institucionalize uma cidadania universal, contudo, “esta ideia de cidadania nacional-estatal concebida na modernidade está em processo de mudança e necessita ser reelaborada” (GASDA, 2009, p. 199). A cidadania de alguns não pode estar acima dos direitos humanos de todos. As discriminações entre cidadão nacional e estrangeiro não se justificam mais, tanto na não atribuição de determinados direitos ao não reconhecimento do estrangeiro como membro da comunidade política (GASDA, 2009, p. 201).

Para Vieira (2009), a noção de cidadania deve levar em consideração três motivos: 1- porque os direitos humanos no plano internacional não estão circunscritos a uma proteção restrita ao Estado-nação; 2- as migrações em massa e a multiplicação dos refugiados mudam a composição da população, que deixa de ser homogênea e 3- a globalização incrementa, intensifica e acelera as conexões globais e regionais, transformando a cidadania democrática de base territorial. Desse modo, sustenta que a cidadania fundada na nacionalidade tornou-se um obstáculo à igualdade e à liberdade de todos os indivíduos e propõe que o local de residência, e não mais a nacionalidade, seja o fundamento da cidadania.

A dignidade humana, o bem comum voltado à esfera universal e a solidariedade são princípios que devem reger a ação e que ajudam a ampliar o sentido de cidadania. Esses “valores apontam para a necessidade de repensar o

mundo não com base na competitividade econômica e o fechamento das fronteiras, mas, sim, na cidadania universal, na solidariedade e nas ações humanitárias” (GASDA, 2009). Desse modo, “falar em proteção, defesa dos direitos humanos, hoje é falar no âmbito global, regional e local. Três vertentes que se inter-relacionam e que dialogam o tempo todo” (PIOVESAN, 2009, p. 108), ainda mais num cenário onde local e global se confundem e se apresenta a figura do cidadão-mundo.

A sociedade e o Estado devem respeitar o migrante como pessoa humana, sujeito de direitos e merecedor de uma vida digna e de qualidade. Infelizmente isso nem sempre ocorre e a porta que poderia ser a entrada para uma nova vida, um recomeço, uma esperança é fechada sem piedade. Nesse sentido, Lussi (2015a, p. 137) destaca que “a reflexão sobre as desigualdades enfrentadas pelos sujeitos da mobilidade humana tem a ver com o bem-estar de indivíduos, não menos que com políticas e metas globais”.

Assim, “o ato de migrar é uma forma de denúncia e de anúncio. Denúncia de uma ordem mundial marcada pela injustiça e a desigualdade, e anúncio de relações internacionais fundamentadas na justiça, na solidariedade e na paz” (GASNA, 2009, p.210). O desenvolvimento sustentável proposto pela ética planetária, em sua dimensão social, política, econômica e ambiental, indica para relações humanas pautadas pela acolhida, pela solidariedade, pelo respeito, pela dignidade e pela aceitação incondicional do outro, tornando-se uma ética que valoriza a alteridade em escala planetária, em que as diferenças e a diversidade sejam consideradas como formas de crescimento e valorização da criatividade em nosso mundo. Diante de vários grupos marginalizados e excluídos por diversas formas de preconceitos e falta de oportunidades, a ética planetária valoriza principalmente o direito universal, a justiça e equidade social e ambiental, a distribuição de renda de forma coerente com a dignidade das pessoas. Sendo assim, esses são três grandes desafios na atualidade, os quais se encontram em contradição ao poder econômico vigente e ao bem-estar somente para uma minoria (ZUBEN, 2010, p.85).

A sustentabilidade em sua dimensão social questiona as relações sociais, os atos de religação com outro humano e não humano. Compreende o conjunto de ações que visam melhorar a qualidade de vida, o bem-estar das pessoas, a redução das desigualdades sociais, e as que buscam ampliar os direitos e garantir o acesso à educação e a saúde, determinantes para o pleno exercício da cidadania.

Lévinas (1980, 2004) promove um convite para a construção de um mundo orientado pela ética do face a face e pautado pelo engajamento da humanidade no combate a miséria, a nudez dos rostos dos excluídos. No entanto, como lembra Bauman (1999, p. 81-82), a equação fome –pobreza esconde outros aspectos complexos da situação, “horrríveis condições de vida e moradia, doença, analfabetismo, agressão, famílias destruídas, enfraquecimento dos laços sociais, ausência de futuro e produtividade, aflições que não podem ser curadas com biscoitos superprotéicos e leite em pó”, o que significa dizer que não basta apenas saciar a fome e a sede, mas estabelecer relações melhores a caminho de uma sociedade mais justa e humana.

Nesse sentido, Sarmiento (2001, p. 168) destaca que “se a globalização é de fato irreversível, cumpre então redirecioná-la e pintá-la com tintas mais humanas”, ou seja, “é preciso globalizar as vantagens que os fantásticos avanços na ciência e tecnologia proporcionam. O homem, e não o mercado, deve ser o valor maior, neste mundo que caminha a passos largos para transformar-se numa verdadeira aldeia global”. Nesta linha, Zuben (2010,p.14) destaca que a ética planetária tem como objetivo “romper com a agressividade e hostilidade demarcadas pela perspectiva científica e capitalista referentes às relações humanas, sociais e ambiental”.

O mundo é uma casa comum, um lar para todos sem exceção. Há lugar para todos. É preciso trilhar caminhos que levem em direção ao encontro, abrir os braços, estreitar laços em meio a tantas culturas, lutas, histórias. Ao esticar um pouco mais o olhar e as mãos aos migrantes, uma acolhida está sendo estabelecida e a estigmatização desta população aos poucos vai sendo eliminada, por meio da vivência de uma cultura de paz e valores humanos pautados no respeito à diversidade.

Como aduz Gasna (2009) os direitos humanos e a dignidade humana não dependem de limites territoriais. Os imigrantes são, antes de tudo, pessoas e basta que uma vida seja concebida para que seja titular de direitos, mereça respeito, atenção e proteção. A participação natural na família humana outorga a cada pessoa uma espécie de cidadania mundial, concedendo-lhe, naturalmente, a titularidade de direitos e deveres. Os direitos humanos não têm pátria nem cor ou gênero. Uma ética com pretensão de mundialidade deveria partir do princípio da dignidade humana. Perder a nacionalidade não quer dizer perder a dignidade. Não se é menos humano quando se está em terra estrangeira, a nacionalidade, não esgota toda a

amplitude da dimensão do ser humano. Esta mudança do conceito de cidadania depende de uma nova consciência moral da humanidade. Num mundo globalizado, o Estado-nacional não pode ser mais a única referência para tratar fenômenos de âmbito planetário como as migrações (GASNA, 2009, p. 208-209).

A crise da ética é ao mesmo tempo uma crise de solidariedade e de valores traduzida numa estranha relação a que estão os seres humanos que se recusam a ir ao encontro do outro, como se os outros não fossem seres humanos e não tivessem direitos. A condição humana é a essência para a compreensão de uma ética planetária, mas somente uma nova maneira de pensar é capaz de conduzir uma humanização e uma consciência universal. Isso não garante que todos os problemas estariam solucionados, mas se coloca como uma melhora possível.

Piovesan (2009, p. 108) lembra Arendt quando afirma que a ética dos direitos humanos trabalha com a ética da reciprocidade. É aquela ética que vê no outro um ser merecedor de igual consideração e profundo respeito, dotado de direito de desenvolver a sua potencialidade de forma livre e plena.

Na mesma linha, Bakhtin (2010) defende o “ato ético” que consiste num ato participativo, não indiferente, solidário, responsável do agir humano no mundo. O ato ético desencadeia um “ato responsável” perante o outro, enquanto, Jonas (2006) destaca a ética da responsabilidade, que traz o agir humano como fundamental para a ética planetária, assim como outras éticas contemporâneas, como a ética da religião, ética ecológica e da tolerância de Morin (2007) que precisam ser despertadas diante as intensas mobilidades humanas.

No entanto, Morin (2000) ainda aduz que é preciso aprender o sentido da planetariedade, um dos sete saberes para a educação do futuro. Contudo, aprender a planetariedade implica compreender a interdependência de todos os sistemas e seres, pois “o enfraquecimento da percepção do global conduz ao enfraquecimento da responsabilidade (cada qual tende a ser responsável apenas por sua tarefa especializada), assim como ao enfraquecimento da solidariedade (cada qual não mais sente os vínculos com seus concidadãos).” Surge aí o paradoxo: “o século XX produziu avanços gigantescos em todas as áreas do conhecimento científico, assim como em todos os campos da técnica. Ao mesmo tempo, produziu nova cegueira para os problemas globais, fundamentais e complexos [...]”. (MORIN, 2000, p. 40-45).

Indo além, o autor também observa que:

civilizar e solidarizar a Terra, transformar a espécie humana em verdadeira humanidade torna-se o objetivo fundamental e global de toda educação que aspira não apenas ao progresso, mas à sobrevivência da humanidade. A consciência de nossa humanidade nesta era planetária deveria conduzir-nos à solidariedade e à comiseração recíproca, de indivíduo para indivíduo, de todos para todos. A educação do futuro deverá ensinar a ética da compreensão planetária (MORIN, 2000, p. 78).

Na visão de Delors (2010, p. 05) “perante os múltiplos desafios suscitados pelo futuro, a educação surge como um trunfo indispensável para que a humanidade tenha a possibilidade de progredir na consolidação dos ideais da paz, da liberdade e da justiça social”. Além disso, destaca que a Comissão Internacional sobre a Educação do Século XXI da UNESCO, a qual faz parte, afirma sua fé “no papel essencial da educação para o desenvolvimento contínuo das pessoas e das sociedades: não como um remédio milagroso”, mas como “uma via – certamente, entre outros caminhos, embora mais eficaz – a serviço de um desenvolvimento humano mais harmonioso e autêntico, de modo a contribuir para a diminuição da pobreza, da exclusão social, das incompreensões, das opressões, das guerras...” (DELORS, 2010, p. 05).

Compete à educação a nobre tarefa de elevar o pensamento e o espírito até o universal, pois o que está em jogo é a humanidade e de construir capacidades que permitam orientar a ação de cada um, como membro de uma família, cidadão ou como um produtivo membro da sociedade (DELORS, 2010). É neste sentido que Nussbaum (2015) em sua obra “Sem fins lucrativos. Por que a democracia precisa das humanidades”, destaca a necessidade de levar para dentro dos currículos escolares o estudo das humanidades e das artes de modo a formar cidadãos universais, com um olhar amplo e complexo da sociedade e não só formar profissionais para atender o mercado. É necessário capacitar os indivíduos para compreender empaticamente a vida e os sofrimentos do outro, enxergar os seres humanos como sujeitos de respeito e não como objetos, para reconhecer o outro, abrir-se para as diferenças. Para a autora, independente a área do estudante, se é engenharia, saúde, tecnológica, física, química, etc., todos deveriam passar pelas ciências humanas e artes, como disciplinas obrigatórias a favor da ética e de uma sociedade democrática, através de uma metodologia questionadora e dialogal.

Assim a ética planetária perpassa a educação das pessoas. Educar para a proximidade humana, para a religação com o outro e o planeta, significa ensinar

para o respeito, a tolerância, a fraternidade. Educar para uma relação ética, do face a face é apostar na educação como se cuida de um jardim. Já dizia Rubem Alves (2020), “todo jardim começa com um sonho de amor. Antes de qualquer árvore seja plantada ou qualquer lago seja construído é preciso que as árvores e os lagos tenham nascido dentro da alma. Quem não tem jardins por dentro não planta jardins por fora. E nem passeiam neles”.

Quem não conseguir cultivar um jardim no seu interior, não conseguirá ser jardineiro em sua vida externa, nem cultivar a paz, a sensibilidade e o amor. Não há como exigir comportamento e valores diferentes em relação às pessoas, ao outro, ao meio ambiente e o planeta se não estiver plantado dentro do eu, o sentimento de compaixão e responsabilização. Para Arendt (2009, p.247) “a educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele”.

É urgente, o acolher, proteger, promover e integrar os migrantes. Abrir-se aos outros enriquece, além de ajudar a ser mais humanos, faz o bem para a humanidade. Papa Francisco intitula isso como um dever de justiça, de civilização e de solidariedade. Antes de tudo, um dever de justiça, uma vez que são inaceitáveis as desigualdades econômicas, que impedem o destino universal dos bens da terra. Sendo assim, “todos nós somos chamados a empreender processos de partilha respeitadora, responsável e inspirada nos ditames da justiça distributiva” (PAPA FRANCISCO, 2017).

Em segundo lugar, há um dever de civilização. “O nosso compromisso a favor dos migrantes, dos refugiados e das pessoas deslocadas é uma aplicação daqueles princípios e valores de acolhimento e fraternidade que constituem um património comum de humanidade e sabedoria no qual inspirar-se”. Todo o imigrante possui direitos fundamentais inalienáveis que não de ser respeitados por todos e em qualquer situação. Por dever de civilização há que recuperar inclusive o valor da fraternidade nas relações humanas, a consciência viva desta dimensão leva a ver e a tratar cada pessoa como uma irmã e um irmão, logo, a ausência dessa consciência, torna-se impossível a construção de uma sociedade justa, de uma paz firme e duradoura. Sendo assim, “a fraternidade é o modo mais civil de nos relacionarmos com a presença do outro, a qual não ameaça mas interroga, confirmando e enriquecendo a nossa identidade individual (PAPA FRANCISCO, 2017).

Finalmente, existe um dever de solidariedade destaca Papa Francisco. Diante das tragédias (guerras, abusos, violências e mortes) que marcam a vida de numerosos migrantes e refugiados, não se pode deixar de brotar sentimentos de empatia e de compaixão. “A solidariedade nasce exatamente da capacidade de compreender as necessidades do outro e de as assumir. O dever da solidariedade consiste em contrastar a cultura do descartável e em prestar mais atenção aos frágeis, aos pobres e aos vulneráveis”. Por isso, é preciso uma mudança de atitude em relação aos migrantes e refugiados, é necessário passar de uma atitude de defesa e de medo, de desinteresse ou de marginalização para uma atitude que tem por base a “cultura do encontro”, a única capaz de construir um mundo mais justo e fraterno, um mundo melhor (PAPA FRANCISCO, 2017).

Esses deveres só serão efetivados se tiver a compreensão das pessoas. Morin (2000, p. 93) é enfático, “o problema da compreensão tornou-se crucial para os humanos”. Compreender o outro na era planetária “inclui necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade” (MORIN, 2000, p. 95). Logo, a compreensão “não desculpa nem acusa: pede que se evite a condenação peremptória, irremediável, como se nós mesmos nunca tivéssemos conhecido a fraqueza nem cometido erros”. Assim, “se soubermos compreender antes de condenar, estaremos no caminho da humanização das relações humanas” (MORIN, 2000, p. 10)

Por sua vez, “o que favorece a compreensão é: o bem pensar” (MORIN, 2000, p. 100). Contudo,

se descobrirmos que somos todos seres frágeis, insuficientes, carentes, então podemos descobrir que todos necessitamos de mútua compreensão. O autoexame crítico permite que nos descentremos em relação a nós mesmos e, por conseguinte, que reconheçamos e julguemos nosso egocentrismo. Permite que não assumamos a posição de juiz de todas as coisas (MORIN, 2000, p. 100).

Por fim, retornando a fábula dos três macacos sábios, o que o pensamento tem a ver com o mal que os macacos recusam a olhar, escutar e falar? Ora, o olhar e a percepção daquilo que vemos e sentimos, pode ser nossas próprias sombras que refletem no lado exterior. O mal que “criamos” só deixará de existir se mudarmos a nossa própria mente e a concepção daquilo que entendemos como mal. É deixar que o pensar bem prevaleça sobre o pensar o mal.

Sendo assim, aponta-se para a necessidade da humanidade estabelecer uma ética planetária, outra forma de ver e se relacionar com as pessoas. Os migrantes que batem as portas em todo o planeta desafiam para este encontro de paz, respeito e fraternidade. Há um longo caminho a percorrer, é um grande desafio a metamorfose da humanidade. Contudo, a ética planetária ao invés de fechar, leva a abertura de portas para os caminhos do bem, logo, nesta passagem, a alteridade necessariamente precisa entrar.

2.5.4 O eu ao (des)encontro do outro

Sergio Buarque de Holanda, renomado historiador brasileiro, em sua obra *Raízes do Brasil* (1999) retrata o brasileiro como um “homem cordial”, ou seja, é um homem doce, mas que dependendo das emoções e reações é muito violento. Para o autor, essa doçura esconde a dificuldade de lidar com as diferenças. É como uma máscara, que simula a gentileza para se manter diante e firme da sociedade reguladora (HOLANDA, 1999). No entanto, é possível perceber que o “homem cordial” brasileiro deixa de existir quando substitui a cordialidade pelo racismo, xenofobia e indiferença com os migrantes que passa a dividir o espaço pelo qual se considera dono.

Castells (2015) adverte que a violência e a intolerância sempre foram características da sociedade brasileira ao longo de sua história, a imagem do brasileiro simpático existe só no samba, pois na relação entre pessoas é violento. É uma sociedade que se mata, é o que se vê constantemente na internet. Uma violência que não é de hoje, sempre existiu. Santos (2000) ainda destaca que ser negro no Brasil é frequentemente ser objeto de um olhar vesgo e ambíguo.

O processo de exclusão vivenciado pelos migrantes evidencia os traços da globalização deste século que, embora ofereça benefício e muitos avanços para a humanidade, alimenta o preconceito e a intolerância, incrementa a liquidez das relações, o isolamento e a frieza perante o outro e potencializando a violência em suas múltiplas formas como demonstração de não gostar de conviver com o diferente. Como adverte Trindade (2008) todos os avanços da ciência e da tecnologia nas décadas passadas, infelizmente, foram incapazes de reduzir o erradicar o egoísmo humano.

Este cenário de exclusão fica ainda mais claro nas grandes cidades. Para

Bauman (2007a, p. 81-82) a divisão de camadas dá origem aos “condomínios”, o que significa dizer, que qualquer um que tenha condição pode adquirir uma residência neste local planejado. Ao passo que propõe um “modo de vida completo”, o “isolamento” se cria, reforçando nada mais que a separação daqueles considerados socialmente inferiores. O fator chave para garantir isso é a segurança (cercas e muros ao redor do condomínio, guardas 24 horas, monitoramento) para manter os outros do lado de fora.

A globalização trouxe a desestruturação das comunidades locais, o território urbano torna-se um campo de batalha de uma contínua guerra espacial. “As elites escolheram o isolamento e pagam por ele prodigamente e de boa vontade. O resto da população se vê afastado e forçado a pagar o pesado preço cultural, psicológico e político do seu novo isolamento” (BAUMAN, 1999, p.29- 31).

A percepção e a exclusão que a sociedade apresenta aos migrantes vêm ao encontro da narrativa de Nobeit Elias e John Scotson em sua obra “Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma comunidade”. Os autores descrevem a relação de poder estabelecida entre dois grupos de moradores residentes numa comunidade de uma cidade industrial da Inglaterra, que não se diferenciavam pela ocupação, raça, religião, cor, classe social, nacionalidade, mas sim pelo tempo que residiam naquela comunidade. Os estabelecidos estigmatizavam os moradores novos, recém-chegados, famílias que vinham de outros lugares com culturas e costumes diferentes dos seus, como inferiores, indivíduos que não pertenciam ao grupo, a “aldeia”, “os de fora” (*outsiders*). Enquanto o grupo dos residentes mais antigos estabeleciam um estilo próprio e um conjunto de normas para si, os *outsiders* eram desconhecidos e marginalizados e sofriam com a exclusão e estigmatização resultante da relação de poder determinada pelos estabelecidos, pelo simples fato de residirem naquela comunidade há menos tempo. Tem-se assim que, a superioridade social, moral, o pertencimento e a exclusão são elementos da sociedade dos indivíduos, que, tanto permitem a composição de comunidades como a separação dos indivíduos que ali convivem. Daí a necessidade de analisar e reformular questões contemporâneas a exemplo da violência e da exclusão social (ELIAS; SCOTSON, 2000).

A respeito da mobilidade humana e as cidades como espaços de instalação, Joseph (2018, p. 09-10) ressalta que:

migrar vai além de um ato, de um percurso, de um trajeto, de um deslocamento no tempo e no espaço. O que chamamos de ato migratório constitui-se em um modo de vida do migrante, de estar-no-mundo e de ser-no-mundo, de afirmar-se diante do Estado e da sociedade de instalação. Digo de instalação, porque o migrante nem sempre é bem-vindo e acolhido nos lugares por onde transita, instala-se e reside. Por isso, muitos reivindicam o direito de livre circulação, o direito ao trabalho, à educação, à saúde, etc. Em outras palavras, o migrante reivindica, ao mesmo tempo, os direitos humanos como cidadão do mundo e o direito de ser nas sociedades de instalação.

Simmel (1994) citado por Gagnebin (2011, p. 404) analisa as transformações dos ordenamentos espaciais e o seu significado nas grandes metrópoles modernas. Embora sua inspiração tenha sido em Berlin, a constatação é paradoxal: no momento em que nunca tantos indivíduos viveram tão juntos, apertados num mesmo espaço reduzido, no momento em que a proximidade física, no trabalho, nos transportes e nas residências, tende a aumentar vertiginosamente, a distância social e psíquica entre esses mesmos indivíduos tende igualmente a crescer. A indiferença com os outros transparece: medida de proteção e de sobrevivência, esta atitude é também fruto de um sistema econômico – da produção capitalista de mercadorias, de trocas sociais baseadas na economia monetária.

Na mesma vertente, Vérias (2012, p. 60) destaca que aspectos não menos importantes, ocasionados pela aglomeração humana e pela desigualdade em volta do ambiente construído são os processos sociais de enfrentamento do “outro”, discriminação, banimento, preconceito, da convivência entre os “iguais e os diferentes”.

Sobre o paradoxo entre a proximidade física e psíquica, Gagnebin (2011, p. 405) alega que “a proximidade física, tal como a condição cidadina a exaspera, não significa necessariamente uma intensificação do laço social, mas, pelo contrário, pode levar a seu enfraquecimento, seja como medida de proteção, por indiferença generalizada, ou ainda por repulsão e hostilidade”.²²

A diversidade evoca para as desigualdades no território, o que segundo Vérias (2012, p. 63):

22 Nesta linha, Ianni (1994, p.28) descreve a “cidade global”: “de tanto crescer pelo mundo afora, a cidade global adquire características de muitos lugares. As marcas de outros povos, diferentes culturas, distintos modos de ser podem concentrar-se e conviver no mesmo lugar, como síntese de todo o mundo. A cidade pode ser um caleidoscópio de padrões e valores culturais, línguas e dialetos, religiões e seitas, modos de vestir e alimentar, etnias e raças, problemas e dilemas, ideologias e utopia”.

mais que espaço físico, o território é espaço da memória, identitário, um “lugar” impregnado de cultura, forma de comunicação dos residentes com seu entorno, com seu grupo, permitindo a consciência da pertinência. Contemporaneamente, a par de certa homogeneização trazida pela globalização, paradoxalmente acompanharam-na um “espetáculo de diferenças”, a “afirmação das etnicidades (QUEIROS, SCHWARCZ, 1996) [...] Enlaçando-se, pois, a vida urbana aos temas do território e da desigualdade, devem-se ainda agregar a eles a questão do “outro” e de suas representações.

Em que pese à relação com um “estrangeiro” ou “estranho”, o que existe é um não-relacionamento. Nos contatos possíveis ele, o estranho, é sempre considerado como alguém de fora, como um não membro do grupo, portanto, as relações se dão a partir de um distanciamento, pois ele é um membro de um outro grupo. Como tal, os contatos com ele são, ao mesmo tempo, estreitos e remotos, na fragmentação das relações por onde uma abstrata igualdade humana em geral se encontra. (SIMMEL, 2005)

A rotulação de “estranhos” surge sempre aos recém-chegados, aos diferentes. Nesse sentido, é a cidade que envolve os espaços privados e os públicos e que contém processos de identificação e da alteridade. É um espaço de enfrentamento, não só do “eu”, mas de confrontação aos olhos do “outro”. “Somos todos protagonistas de uma cena que é feita com iguais e diferentes” (HELLER, 1985). Outrossim, é válido as palavras de Martins (1993) para abordar a cultura brasileira, como de fachada, cultura da conquista que é a de “matar o outro” em nós. Remetendo-se ao indígena, ao negro, aos dominados, que ao fazê-lo para dominar, “matamo-nos a nós mesmos, matando o outro em nós” (apud, VÉRAS, 2012, p. 65-66).

No contexto das migrações, Oliveira (2012, p.87) destaca como ocorre o reconhecimento do “outro”:

a este processo de reconhecimento através do “outro”, daquilo que não sou, damos o nome de alteridade, a qualidade e estado de ser do outro, que o diferencia de meu próprio “ser” e dos meus. Essa dinâmica praticamente cotidiana, quando inserida em processos migratórios, entretanto, toma uma dimensão muito mais expressiva, pois é dentro de relações entre emigrantes/imigrantes e naturais de um local, estrangeiros e nacionais, que a diferença se revela em todas as suas potencialidades, fortalecendo as concepções de quem somos em contraposição aos outros, identidade e alteridade.

Os migrantes possuem o “sentido de pertencimento em um limbo entre ser e estar no mundo do outro e a alteridade de seu próprio e tautológico processo de mobilidade, a alteridade entre não ser do mundo do outro e já não pertencer mais ao seu mundo” (MARTINS, 2014, p. 36 -37). Para ilustrar tal situação, o autor cita a reportagem do desabafo de migrante Haitiano alojado em galpão da Polícia Federal de Brasília/ Acre do descaso com aqueles que chegam e que vivem nesse limbo social e de falta de alteridade:

posso dizer que o que vivemos aqui em Brasília não é para um ser humano. Eles nos colocaram de novo no Haiti que tínhamos logo após o terremoto: a mesma sujeira, o mesmo tipo de abrigo, de água, de comida. Isso me machuca e me apavora. Eu sabia que o caminho até aqui seria duro, porque você está lidando com criminosos, mas, ao chegar aqui no Brasil, estar em um lugar desses é inacreditável. Disse o haitiano Osanto Georges, de 19 anos (Fonte: Portal Mídia News do Acre, em 14/08/13).

Essa indiferença e desprezo com o outro vem ao encontro do que Freire (2015, p.51) já alertava sobre as diferentes faces dos seres humanos quando “capazes de intervir no mundo, de comparar, de ajuizar, de decidir, de romper, de escolher, capazes de grandes ações, de dignificantes testemunhos, são capazes também de impensáveis exemplos de baixeza e de indignidade”.

Relacionar-se bem com a sociedade nem sempre é fácil. Um bom convívio não é aquele que une as pessoas iguais, mas sim aquele que se constrói em cima de relações de respeito e acolhida a partir das diferenças. A alteridade numa relação consiste em colocar-se na posição do outro, colaborando para que ocorra um diálogo entre diferentes povos, culturas, identidades, crenças, religiões. No entanto, não significa abandonar nossos valores e princípios e sim, respeitar o outro, fortalecendo assim a sociabilidade.

A dificuldade na convivência social, principalmente em tempos de migrações, é mesma que a retratada pelo filósofo alemão Arthur Schopenhauer (1788-1860) na “Fábula do porco-espinho”. Nela conta que durante uma era glacial, muito remota, quando o Globo terrestre esteve coberto por densas camadas de gelo, muitos animais não resistiram ao frio intenso e morreram indefesos, por não se adaptarem as condições do clima hostil. Foi então que uma grande manada de porcos-espinhos, numa tentativa de se proteger e sobreviver, começou a se unir, a juntar-se mais e mais. Assim cada um podia sentir o calor do corpo do outro. E todos juntos, bem unidos, agasalhavam-se mutuamente, aqueciam-se, enfrentando por mais

tempo aquele inverno tenebroso. Porém, vida ingrata, os espinhos de cada um começaram a ferir os companheiros mais próximos, justamente aqueles que lhes forneciam mais calor, aquele calor vital, questão de vida ou morte. E afastaram-se, feridos, magoados, sofridos. Dispersaram-se por não suportarem mais tempo os espinhos dos seus semelhantes. Doíam muito. Mas, essa não foi a melhor solução: afastados, separados, logo começaram a morrer congelados. Os que não morreram, voltaram a se aproximar, pouco a pouco, com jeito, com precauções, de tal forma que, unidos, cada qual conservava uma certa distância do outro, mínima, mas suficiente para conviver sem ferir, para sobreviver sem magoar, sem causar danos recíprocos. Assim, aprendendo a amar, resistiram à longa era glacial: sobreviveram.

O mesmo fenômeno acontece quando os homens se reúnem em unidades maiores, aonde são frequentes as manifestações de rivalidade e hostilidade entre grupos, sejam eles de qualquer natureza assevera Luepnitz (2006 apud SALLES, 2012). O mal-estar frente a estranhos com quem temos de relacionar, a desconfiança em relação ao “estrangeiro” ou com qualquer um que ameace o nosso narcisismo evidencia a presteza a odiar e a agressividade presentes nos seres humanos (SALLES, 2012, p. 110).

Sobre a interferência dos “espinhos” na sociedade, Salles (2012) ainda destaca:

no mal-estar na civilização, Freud vai apontar o relacionamento com outros homens como uma fonte de sofrimento extremamente penosa, frente a qual surge como defesa o isolamento e o desejo de se manter a distância de outras pessoas. Se por um lado estamos condenados a suportar os inevitáveis espinhos que toda proximidade com o outro acarreta, por outro lado, necessitamos de seu calor que nos mantém vivos produzindo os laços necessários para a manutenção da vida [...]. Esses terríveis espinhos que interferem, mas também possibilitam o laço social, são mais terríveis quanto maior for a proximidade entre os sujeitos. Eis o desafio de todo agrupamento humano: encontrar uma distância moderada que permita estabelecer laços sociais produtivos e criativos sem se destruir mutuamente, para pôr em prática o que Freud tanto preconizava sobre a capacidade de amar e trabalhar. Só assim conseguiremos sobreviver (SALLES, 2012, p.110-111).

Para Freud (2011) a parábola demonstra a forma como os seres humanos em geral se comportam afetivamente entre si e descreve a dificuldade de aproximação muito íntima do outro, ou seja, enfatiza a convivência com os espinhos e o incômodo que estes geram. Assim, a ausência de intolerância só seria possível por uma limitação do amor a si mesmo e um aumento do amor ao outro. A tolerância ao outro não seria por uma questão de levar vantagem e sim “tal como no indivíduo, também

no desenvolvimento da humanidade inteira é o amor que atua como fator cultural, no sentido de uma mudança do egoísmo em altruísmo” (FREUD, 2011, p. 45).

Hodiernamente, para alguns, os migrantes somados aos demais grupos vulneráveis são os “espinhos” que incomodam e causam desconforto na sociedade. Para tanto, a multiculturalidade é a característica da sociedade que a globalização nos apresenta e impõe. Não há como evadir-se desse contexto, porém, é preciso reconhecer o outro como membro da aldeia global, sujeito merecedor de respeito e de dignidade humana.

Nesse sentido, para fins desta pesquisa, importa analisar como se dá este “encontro” com o outro (migrante) na política pública de saúde e a efetivação desse direito. Afinal, a política pública de saúde garante o encontro com o outro migrante, estabelecendo pontes de universalidade e alteridade ou apresenta muros, afastamentos e ausência de diálogo e cuidado com os migrantes?

Embora a saúde seja um direito universal, é importante analisar a prática da universalidade, principalmente quando a prestação de serviços de saúde se depara com os diferentes, os estranhos. No entanto, este outro não pode ficar de fora do olhar e das ações da política pública de saúde, afinal, no âmbito da saúde, “a experiência de alteridade configura o lugar de encontro entre humanos reconhecidos a partir de suas diferenças” (SANTOS, GIACOMIN, FIRMO, 2015, p. 3715).

Assim, busca-se trazer as vivências e observações realizadas pela pesquisadora a partir dos encontros que se deram entre os profissionais de saúde e os migrantes, de modo a relatar como se dá as relações de alteridade nas práticas de saúde.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, o objetivo é apresentar o percurso metodológico da pesquisa, indicando os métodos utilizados para atingir os objetivos específicos e responder à problemática da pesquisa.

3.1 Características da pesquisa

O método constitui organização e *logia*, estudo sistemático, pesquisa, investigação, o que significa dizer que metodologia é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos para se realizar uma pesquisa ou estudo. O método significa o caminho para chegar a um fim (GOLDENBERG, 1999).

A pesquisa é a atividade preponderante da metodologia. Para Gil (2007, p. 07) a pesquisa é um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar resultados aos problemas que são propostos. Envolve um processo constituído de várias fases, que vai desde a formulação do problema à apresentação e discussão dos resultados.

A pesquisa por sua vez parte de uma pergunta, o pesquisar é, portanto, buscar uma resposta. Nesta tese, a inquietação e o questionamento que se tem e que motivou a responder nesta pesquisa, é em que medida as práticas da Política Pública de Saúde de um Município gaúcho garantem a universalidade do direito à saúde aos migrantes e estabelecem uma relação de alteridade com o outro de diferente modo de andar a vida.

Quanto aos objetivos, a tese se apresenta como uma pesquisa descritiva e explicativa. Segundo Gil (2007) e Triviños (1987) a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. A grande

contribuição das pesquisas descritivas é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida.

Por sua vez, a pesquisa explicativa contribui para o estudo, pois se preocupa em identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2007). Para o autor, uma pesquisa explicativa pode ser a continuação de outra descritiva, posto que a identificação de fatores que determinam um fenômeno exige que este esteja suficientemente descrito e detalhado (GIL, 2007).

Quanto à abordagem, utiliza-se da pesquisa qualitativa que segundo Goldenberg (1999) não se preocupa com a representatividade numérica e sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, entre outros. A abordagem qualitativa possibilita a leitura da realidade, que no entendimento de Chizzotti (1995, p.79) parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto. O sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. Desse modo, o objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

3.2 Coleta dos dados

A coleta de dados é a busca da informação do fato que o pesquisador deseja desvendar. A busca pelos dados deu-se pela pesquisa bibliográfica, documental e de campo, que por sua vez atuaram como importantes ferramentas para a análise da alteridade nas práticas da política pública de saúde com relação aos atendimentos dos migrantes.

A pesquisa bibliográfica é realizada através do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web, sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Na pesquisa bibliográfica, levou-se em consideração o entendimento de autores de obras clássicas, textos de livros e artigos científicos, fichamentos que continham abordagem sobre a mobilidade humana, direitos humanos, Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, a saúde do migrante e o direito de acesso, política pública de saúde e a alteridade.

Na pesquisa documental, realizou-se o levantamento de informações em legislações, portarias, instrumentos normativos do Ministério da Saúde, bem como em relatórios fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Município em análise.

Na pesquisa de campo, foram selecionadas duas UBS/ESF da cidade investigada. A escolha se deu a partir de informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde a qual indicou as UBS/ESF com maior abrangência de migrantes na sua territorialidade e que demandam pelo serviço público de saúde. A primeira UBS/ESF concentra a região central e a parte mais antiga da cidade. De acordo com o ACS que atende esta territorialidade, a parte antiga é o local onde se estabelecem a maioria dos migrantes que chegam à cidade. Os migrantes recém-chegados encontram neste local, quitinetes, quartos, casas com aluguéis mais acessíveis, bem como outros migrantes que se dispõem a dividir estes cômodos, reduzindo assim as despesas, pois alguns nem trabalho possuem. Nesta territorialidade é o apoio social entre os migrantes que garante a maior concentração da população migrante neste espaço.

A segunda UBS/ESF está localizada num bairro próximo de frigoríficos e indústrias alimentícias que absorvem expressivamente a mão de obra de migrantes. Muitos migrantes residem nesta região para estar mais perto do local de trabalho. Sendo assim, passam a integrar a área de atuação da política pública de saúde daquele bairro.

A pesquisa de campo é fundamental, pois de acordo com Gil (2007) esta modalidade procura o aprofundamento de uma realidade específica. Dessa forma, a pesquisa de campo possibilitou a pesquisadora verificar *in loco* o ambiente de trabalho das UBS/ESF, a questão da universalidade do direito à saúde e as relações de alteridade estabelecidas entre os profissionais de saúde e os migrantes.

Na pesquisa de campo que transcorreu de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, predominou a coleta de dados e a observação direta. Para Bastos (2009, p. 97) a observação enquanto técnica de construção de dados “lança mão dos sentidos

humanos para registrar certos parâmetros da realidade, que são utilizados não apenas como um mero ouvir e ver e muito mais como um procedimento importante no exame crítico de certos fatos da investigação”. Durante as observações, os detalhes que emergem da realidade enriquecem as questões de estudo, fazendo com que segundo Morin (1984, p. 134), “o pormenor deixa de ser um acessório para se tornar revelador”.

Importa destacar que as UBS/ESF instaladas dentro da própria comunidade, buscam por meio da equipe de profissionais manter o diálogo com a comunidade, garantindo os serviços mais próximos à casa dos cidadãos, o que facilita o acesso da população ao sistema de saúde (BRASIL, 2017). Desse modo, como há maior aproximação dos profissionais de saúde com o outro (brasileiro ou migrante), entende-se ser as UBS/ESF o melhor espaço para coletar informações sobre a maneira como ocorrem as práticas dos profissionais de saúde em sua relação com o outro (migrante).

No decorrer da pesquisa de campo foram acompanhados e observados os atendimentos dos migrantes na recepção das UBS/ESF, na sala de acolhimento junto com os técnicos de enfermagem e enfermeiros e durante as consultas médicas envolvendo migrantes (homens, mulheres, gestantes, crianças, idosos), bem como nas visitas realizadas junto com os ACS nas residências dos migrantes. As observações também ocorreram nos intervalos entre as práticas de saúde dos profissionais.

O quadro 1 demonstra os acompanhamentos realizados pela pesquisadora, perfazendo aproximadamente um total de 270 horas de pesquisa de campo, que ocorriam entre as segundas e sextas-feiras, no turno manhã (7:30 -11:30) e/ou tarde (12:30-16:30), ou ainda em horários extensivos, a exemplo da UBS/ESF central que atende a população das 7:30-18:00.

Quadro 1 – Acompanhamentos realizados durante a pesquisa de campo

LOCAL DE ACOMPANHAMENTO E OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE	QUANTIDADE
Recepção das UBS/ESF	46
Sala de Acolhimento	28
Consultas gerais de migrantes	15
Consultas de gestantes migrantes	17
Pediatra	06
Agendamento de consultas	12
Visitas domiciliares	29
TOTAL	153
PROFISSIONAIS OBSERVADOS	
Recepcionistas/ agentes de apoio	06
Técnicos de Enfermagem	4
Enfermeiros	2
Médicos	4
Agentes Comunitários de Saúde	5
TOTAL	21

Fonte: Autora considerando dados da pesquisa de campo.

Segundo Gonsalves (2001, p.67), a pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que deseja buscar a informação diretamente com a população pesquisada, o que exige do pesquisador um encontro mais direto, ou seja, o pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem analisadas.

Dessa maneira, a pesquisadora foi ao encontro dos profissionais de saúde e dos migrantes e através das vivências e observações pode-se verificar a realidade do sistema de saúde, as dificuldades no atendimento da população migrante, assim como, as potencialidades existentes dos profissionais de saúde capazes de estabelecer o encontro com o outro, traduzindo aquilo que se entende por alteridade e também elementar para a outridade do cuidado.

Os encontros e as observações tiveram início após a anuência concedida pela Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa, sendo também indicados os profissionais de cada UBS/ESF aos quais a pesquisadora deveria se reportar, entregar a Carta de Anuência e explicar o objetivo a pesquisa. Nas UBS/ESF, a pesquisadora foi apresentada aos demais profissionais da equipe de saúde através deste profissional, havendo uma boa acolhida. Aos profissionais junto aos quais se dariam as observações foi repassado que a pesquisa tinha como

propósito acompanhar como ocorriam os atendimentos dos migrantes na política pública de saúde, não propriamente as atitudes, comportamentos, reações e as falas destes.

Por outro lado, a realização de visitas domiciliares junto com os ACS nas residências dos migrantes possibilitaram vivências que aproximaram ainda mais a pesquisadora do cotidiano das ações de saúde desenvolvidas e isto devido ao envolvimento, diálogos e sentimentos que se estabeleceram com a comunidade migrante durante esses encontros.

Na oportunidade em que foi possível acompanhar as práticas dos profissionais de saúde, seja dentro das UBS/ESF como nas visitas domiciliares aos migrantes, a observação enquanto técnica empreendida, fez da pesquisadora uma espectadora que estabeleceu relações com as pessoas, comunidade e realidade, mesmo sem integrá-la. Foi através da intensa e ativa observação que a pesquisadora pode analisar a alteridade nas práticas dos profissionais de saúde ao se depararem com o outro (migrante), as falas, o comportamento, a reação dos profissionais, a responsabilidade, o empenho, a forma de atendimento, a paciência, o esforço para se ter clareza na linguagem e entendimento no diálogo e a alteridade que se estabelece nesse meio.

Nesta fase, foram realizadas somente observações escritas que foram registradas na forma de diários de campo, não há registro de imagens e isto porque optou-se por manter a proximidade, a naturalidade nas observações evitando assim a exposição dos profissionais de saúde que muito se empenharam para o desenvolvimento da pesquisa. Da mesma forma, quanto aos migrantes, preferiu-se preservar a confiança estabelecida com a privacidade destes, sendo que alguma foto poderia causar desconforto e prejudicar o encontro. Outro motivo que justifica e que já foi relatado refere-se à autorização do Município para realizar a pesquisa condicionada a sua não identificação. Dessa maneira, a veiculação da imagem de algum profissional poderia acarretar no reconhecimento do local e colocar em discussão as questões éticas.

Destaca-se ainda, que não foram realizadas entrevistas. As informações obtidas são resultantes de conversas informais que se deram entre a pesquisadora e os profissionais de saúde, durante os acompanhamentos e observações dos atendimentos aos migrantes. As falas dos profissionais de saúde não foram gravadas, ocorrendo apenas registros de recortes de falas nos diários de campo

que foram incorporados no desenvolvimento da tese.

É nesse sentido que se traz o entendimento de Geertz (2001), que parte do princípio de que o pesquisador não deve impor uma postura de domínio em relação ao outro, pois o que se propõe é uma continuidade das relações sociais e do conhecimento e a troca de experiências para ampliar a percepção do pesquisador.

A tese foi desenvolvida a partir de cinco etapas, sendo delineado para cada objetivo, o caminho percorrido para atingi-lo. Assim, o Quadro 2 sintetiza as relações entre os objetivos e os procedimentos técnicos para a coleta de dados.

Quadro 2 – Relação entre objetivos e procedimentos metodológicos

OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMENTO TÉCNICO
a) Identificar dimensões da sociedade globalizada que estimulam a mobilidade humana internacional.	Pesquisa bibliográfica
b) Abordar os direitos humanos dentro do contexto da mobilidade humana;	Pesquisa bibliográfica e documental: base que consta no referencial.
c) Refletir sobre as relações de alteridade, no (des)encontro do eu e o outro (migrante) no contexto migratório;	Pesquisa bibliográfica
d) Acompanhar práticas de profissionais da política pública de saúde no atendimento de migrantes em um município de médio porte do interior do RS, analisando de que modo garantem a universalidade da saúde e estabelecem uma relação de alteridade;	Pesquisa de campo por meio de acompanhamento e observações das práticas dos profissionais de saúde no atendimento de migrantes, bem como, realização de visitas domiciliares junto com os Agentes Comunitários de Saúde nas residências dos migrantes. Pesquisa bibliográfica que corroborem com a análise e discussão dos resultados.
e) Refletir a importância da alteridade na política pública de saúde por meio das relações de cuidado do eu e o outro (migrante).	Triangulação entre os resultados da pesquisa bibliográfica e documental com os dados obtidos a campo

Fonte: Autora a partir dos objetivos da pesquisa.

3.3 Aspectos éticos

A pesquisa de campo observou preceitos éticos dispostos pela Resolução Ministerial nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

A realização da pesquisa passou pela aprovação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), através de análise do projeto de pesquisa protocolado junto à Secretaria Municipal de Saúde, feita por Comissão composta por profissionais da área da saúde, inclusive de representante da Universidade do Vale

do Taquari- Univates, bem como, pela avaliação do Gestor Municipal da Saúde e do Coordenador da Atenção Básica quanto à viabilidade da realização da pesquisa e relevância para a melhoria da Saúde Coletiva.

3.4 Análise dos dados

Após a coleta de dados, a fase seguinte da pesquisa é a de análise dos dados. Nesta etapa, segundo Gil (2007), busca organizar os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação.

Assim, à medida que os dados são coletados, procura-se identificar temas e relações, construindo interpretações e gerando novas questões e/ou aperfeiçoando as anteriores. Processo que o leva a buscar novos dados, complementares ou mais específicos, que testem suas interpretações. É um processo de “sintonia fina” que vai até a análise final (ALVES-MAZZOTTI, GEWANDSNAJDER, 1998, p. 170).

O tratamento dos dados coletados na pesquisa de campo foi realizado através da análise textual qualitativa, que é entendida por Moraes (2007) como sendo um processo integrado de aprender, comunicar e interferir em discursos. Por sua vez, a análise textual que se dá por meio de formas discursivas, permite a compreensão mais elaborada dos assuntos pesquisados e ainda promove a participação na reconstrução dos discursos nos quais o pesquisador se insere. Nas palavras do autor:

[...] análises textuais são modos de aprofundamento e mergulho em processos discursivos, visando a atingir aprendizagens em forma de compreensões reconstruídas dos discursos, conduzindo a uma comunicação do aprendido e dessa forma assumindo-se o pesquisador como sujeito histórico, capaz de participar na construção de novos discursos (MORAES, 2007, p. 86).

Quanto aos dados bibliográficos, a pesquisa estabelece relações entre as diversas fontes teóricas e bibliográficas, a fim de dar suporte ao estudo. Na pesquisa bibliográfica são abordados os principais assuntos que norteiam esta pesquisa: migrações, direitos humanos, a saúde do migrante e o direito à saúde, política pública de saúde e alteridade. Assim, a fundamentação teórica torna-se indispensável nesta pesquisa, dando sustentação ao estudo e auxiliando na análise dos dados obtidos pela pesquisa de campo. Dessa forma, busca-se subsídios em

livros, periódicos, teses e dissertações que vem ao encontro do tema dessa pesquisa.

Em relação aos dados empíricos, foi feita a análise das observações realizadas, dos comportamentos, falas, reações consideradas relevantes para o estudo da alteridade na política pública de saúde e os migrantes, bem como para o alcance dos objetivos almejados. Na análise a que se refere aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as visitas realizadas junto com a pesquisadora, optou-se por denominar os cinco agentes acompanhados de ACS (01), ACS (02), ACS (03), ACS (04) e ACS (05), preservando assim suas identidades.

A observação como instrumento de coleta de dados segundo Vergara (2012), leva à percepção e o registro de eventos, condições físicas e comportamentos não verbais e linguísticos. A observação perpassa por todos os momentos da pesquisa, porém é no momento de coleta de dados que ganha sua condição mais importante no processo (GIL, 2010).

Dessa forma, pode-se avaliar se as práticas da Política Pública de Saúde constituem pontes de diálogo e de alteridade ou muros de exclusão do migrante. Afinal, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) busca a “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p. 21).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo aborda os resultados da pesquisa. A partir do (des)encontro do eu com o outro migrante, sentimentos, ações e reações envolvidas, procura-se descrever e analisar as práticas dos profissionais de saúde e as relações de alteridade estabelecidas com os migrantes durante o seu acesso à saúde. Inicia-se tecendo considerações que envolvem as equipes de saúde das UBS/ESF, a forma como ocorre a hospitalidade propriamente dos migrantes nos espaços de saúde, a recepção, o acolhimento e as consultas dos migrantes. Na sequência, apresentam-se duas categorias que emergiram a partir desta análise: o idioma como principal dificuldade no atendimento da população migrante e o atendimento das migrantes gestantes e crianças. No decorrer, apresenta-se ainda, a importância dos ACS na hospitalidade, no acolhimento, no envolvimento com a comunidade e na inclusão dos migrantes no sistema público de saúde. Diante das análises avança-se no sentido de trazer o conceito da outridade do cuidado, como o cuidado focado no outro, na responsabilização pela nudez do rosto que se apresenta: o migrante e sua vulnerabilidade.

4.1 O encontro com o outro entre o acesso e a inserção dos migrantes na política pública de saúde

Esta abordagem descreve e analisa os encontros que ocorreram entre os profissionais de saúde e os migrantes no ambiente de trabalho das UBS/ESF e nas visitas domiciliares. A inquietude inicial desta pesquisa sempre foi saber qual era a relação adotada, a postura, o “olhar” e o tratamento dispensado pelos profissionais da política pública de saúde em relação ao outro, que chegam na sociedade de instalação e passam a demandar o acesso e a efetivação do direito à saúde. Assim, procurou-se durante a realização da pesquisa de campo observar as relações

estabelecidas nos atendimentos dos migrantes e ao final poder concluir de que forma as práticas da política pública de saúde estabelecem pontes de alteridade, rompendo com a visão preconceituosa, excludente e estigmatizadora que parte da sociedade alimenta em relação aos migrantes.

4.1.1 Migrantes e a alteridade na política pública de saúde: o encontro entre iguais e diferentes

O multiculturalismo presente na sociedade gera o encontro entre iguais e diferentes, assim ocorre na área da saúde que também é sensível ao contexto plural e diverso pela presença os migrantes. Conduzir o acesso à saúde e o atendimento de migrantes constitui um grande desafio aos profissionais da política pública de saúde.

As múltiplas culturas colocam aos profissionais de saúde a expectativa de saberem cuidar de pessoas que carregam consigo um conjunto cultural diferenciado em valores, costumes, conhecimentos, sentidos de vida, idioma, religião, características físicas, o que sugerem a necessidade de reformular a forma de olhar e orientar as práticas de saúde. Nos contextos das UBS/ ESF, cuidar de pessoas com diferentes culturas, requer ações interdisciplinares, o que favorece nas palavras de Pimenta (2006, p. 06) “um entrelaçamento de saberes”, que se “integram em espaços epistemológicos diferentes”.

As diferenças culturais como barreiras no processo de atendimento à saúde dos migrantes são minimizadas quando se começa a olhar para além da pessoa propriamente, sob um “outro ângulo”, o ângulo da humanidade, da dignidade humana e da alteridade, ocorrendo a diluição das diferenças a favor do encontro e do diálogo com o outro. Nesse sentido,

a alteridade, definida como “qualidade do que é o outro”, implica em considerar qualquer pessoa, com todas as suas características e peculiaridades e respeitando sua identidade. A possibilidade de aprender a respeitar os hábitos e costumes diferentes pode ser construída por meio do conhecimento do significado da experiência que o outro tem e de seu modo de ser e de agir. Por isso, a importância da forma de se aproximar e se relacionar com o diferente para conhecer e se “in-formar” sobre o real problema específico. Somos aprendentes um do outro, para o modo peculiar de cada um viver respeitar e adoecer, compreender as necessidades de cada um em direção a uma vida saudável em sentido mais amplo (MELLO, CAMPINAS, 2010, p.34).

Para melhor elucidar o contexto com que se deparam os profissionais de saúde, inicia-se tecendo algumas considerações pertinentes sobre a saúde dos migrantes e na sequência, propriamente, o desenvolvimento sobre as práticas observadas durante os encontros que ocorreram no ambiente de trabalho entre os profissionais de saúde e os migrantes.

A saúde é algo vital na vida das pessoas, é elemento condicionador para o bem-estar físico, mental, social e econômico, ou seja, é condição essencial para a satisfação individual, interação no meio social, autonomia e para o trabalho. Assim, o direito à saúde deve ser encarado sob o prisma da qualidade de vida, da dignidade humana e da cidadania.

Os migrantes quando partem de seus países buscam uma vida melhor, uma melhoria que está condicionada às determinantes como ter trabalho, educação, moradia, liberdade e saúde. Entretanto, é necessário um acolhimento adequado dos migrantes que lhes permita se desenvolver no novo tecido social. Este acolhimento é exigido principalmente do sistema de saúde, pois durante o processo de migração a saúde do migrante acaba sendo prejudicada.

Como destaca Ramos (2008a) a saúde dos migrantes é afetada por que estes enfrentam a solidão, o isolamento, a insegurança, a incompreensão, como também a hostilidade, a indiferença e a discriminação. A experiência migratória envolve uma mudança psicossocial profunda, semelhante a um luto devido às profundas mudanças pelos quais passam: mudanças físicas em relação ao meio, habitação, mudanças biológicas ligadas à alimentação e doenças, mudanças sociais, novo trabalho e relações sociais e ainda mudanças na língua, na cultura, na política pela perda da autonomia. Na mesma linha, Ventura, Yujra (2019) alegam que a separação da família e o distanciamento da sua terra natal acarretado pelo deslocamento, podem ser fatores de grande influência na saúde do migrante.

A migração impõe a adaptação do indivíduo ao novo mundo, as novas exigências, a uma nova dinâmica de vida, nova cultura e língua, o que debilita o migrante tanto no aspecto social como psicológico. O migrante por sua vez, é obrigado a adotar estratégias de adaptação diante de um processo caracterizado pela soma de transformações culturais desencadeadas pelos contatos contínuos e diretos entre grupos culturais diferentes (RAMOS, 2008; REIS, RAMOS, 2013).

A adaptação do migrante quando relacionada à saúde poderá ser

harmoniosa ou problemática e dependerá das condições e fatores que motivaram a migração e das capacidades individuais e coletivas de adaptação. Envolvem aspectos biológicos (idade, sexo, fatores genéticos), psicológicos (tipos de personalidade, capacidades de resiliência e adaptação); estilos de vida (alimentação, práticas de exercícios físicos e demais comportamentos relacionados à saúde); o capital social e as redes sociais e comunitárias de entreaajuda e por fim, os fatores socioeconômicos individuais (condições econômicas e sociais de educação, habitação e trabalho) e coletivos, como o acesso a educação, saneamento básico, emprego, políticas sociais e acesso aos serviços sociais e de saúde (REIS, RAMOS, 2013).

Por outro lado, crianças e adolescentes, filhos de migrantes que se veem envolvidos no processo migratório também sofrem com os efeitos da migração, tornando-se vulneráveis para responder as necessidades e problemas que se apresentam na sua inserção na sociedade de instalação, a exemplo da inclusão e dificuldades de aprendizagem na escola. De outra banda, os migrantes que vivem em situação irregular, em condições de extrema vulnerabilidade, são facilmente sujeitos de distúrbios psicoafetivos, num stress permanente, que recai sobre toda família (COUTINHO, FRANKEN, RAMOS, 2008). Na migração, situações de gravidez, nascimento e maternidade também perpassa por muitas dificuldades, o que será visto em momento específico.

Outro aspecto que merece destaque envolve a probabilidade do desenvolvimento de certas doenças pelos migrantes. Estudos realizados por Rumbold *et al.* (2011) e Bunevicius *et al.* (2009) mostram que as populações migrantes têm um maior risco de contrair doença cardiovascular, taxas mais elevadas de diabetes e mortalidade associada ao cancro, em comparação com as populações nativas. Os estudos evidenciam ainda, um maior risco de sofrer de doença mental, incluindo depressão, esquizofrenia e stress (apud, ALMEIDA, CALDAS, 2012a, p.288).

Cabe também considerar que os migrantes adotam menos medidas de saúde preventivas, recorrendo só aos médicos e hospitais em caso de emergência ou em estado avançado de doença. A grande parte das doenças graves a que estão mais expostos estão relacionadas às doenças infecciosas como a tuberculose, a hepatite B e C, o HIV- SIDA, que poderiam ser prevenidas ou tratadas (Ramos, 1993, 2004, 2006 apud RAMOS, 2008b: 11).

No entendimento de Guerra e Ventura (2017, p. 126), “a condição de saúde dos imigrantes está entre os pontos mais sensíveis para a concretização da inserção e integração à sociedade”. Entretanto, “é preciso pensar nas consequências negativas que a imigração traz para a saúde e as responsabilidades dos Estados para com a saúde desta população”.

Na mesma linha, Almeida e Caldas (2012, p. 288) também destacam que:

um dos mais nobres desafios acometido pelos fenômenos migratórios prende-se com a prestação universal e equitativa de cuidados de saúde, sendo fulcral a acessibilidade e qualidade de serviços, independentemente do sexo, etnia ou país de origem – saúde como direito universal” (Padilla, 2008; Fernandes, Miguel, 2009). Saúde e garantia de acesso aos cuidados de saúde são pilares para a inclusão social dos imigrantes, consistindo uma das principais rotas de ingresso na cidadania participativa e direitos civis

Steffens e Martins (2016, p.286-287) destacam a preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao identificar as adversidades em comum nas diversas sociedades receptoras de fluxos migratórios na efetivação do direito à saúde, pois além dos obstáculos linguísticos e culturais, as condições de trabalho degradantes às quais esses grupos estão, merece atenção, a ausência de profissionais de saúde, com habilidades interpessoais no trato de pacientes de diferentes bases culturais, que se apresentam como desafios à garantia do direito humano à saúde em face da mobilidade humana contemporânea.

Quanto à universalidade do acesso ao sistema público de saúde, a amplitude expressa pelos instrumentos jurídicos brasileiros, usualmente se esbarra nas dificuldades diárias do sistema de saúde, como a superlotação, a ausência de médicos, a precariedade do serviço em diversos lugares do país, a falta de medicamentos, bem como, com a desigualdade social que por vez prejudica o acesso de grupos socialmente vulneráveis aos serviços de saúde. Essas situações atingem todos (nacionais e migrantes) que buscam o acesso aos serviços de saúde.

Para Ramos (2009, p. 07) os migrantes enfrentam, igualmente, limitações a serviços e bens que promovem a saúde e previnem a doença, apresentando mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde, recorrendo, por exemplo, menos aos cuidados pré-natais do que os nacionais.

No universo pesquisado, a procura pelos serviços públicos de saúde pelos migrantes, geralmente ocorre por dificuldades incapacitantes de trabalhar, problemas como hipertensão e diabete, gravidez, saúde da mulher e infantil,

situações de emergência ou pontuais que precisam de uma intervenção rápida para a resolução de uma situação. Além desses motivos que levam os migrantes a procurarem acesso aos serviços de saúde, também se identifica junto ao ambiente de trabalho das UBS/ESF, alguns fatores que dificultam a utilização dos serviços públicos pelos migrantes, entre eles a dificuldade linguística, a falta de informação e de documentação, as divergências nos conceitos de saúde e doença, o desconhecimento sobre as condições de acesso ao SUS.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) assegura que toda a pessoa que chegar na sociedade tem o direito à saúde e ao atendimento sem qualquer discriminação. Essa prerrogativa deve ser encarada não como um ato de caridade, mas como um direito humano que se fundamenta na dignidade humana, no respeito às pessoas e consideração à diversidade que lhe acompanham, pois a saúde está ligada ao estado de bem-estar.

O SUS enquanto atual modelo brasileiro de atenção básica de promoção e cuidado da saúde se concentra na atuação das UBS e ESF que constituem a “porta de entrada” ao sistema público de saúde (BRASIL, [entre 2000 e 2019], tanto para brasileiros como para migrantes. Sendo assim, é nesse canal que se concentra as adaptações do serviço de saúde em relação às práticas de atendimento aos migrantes.

Como observado por Pasche (2010, p.12) “a efetividade da atenção básica é também determinada pela dinâmica das relações estabelecidas com as populações” pelas UBS/ESF. Desse modo, importa destacar que a atenção básica é “o nível de atenção em saúde que está em uma relação mais direta com o cotidiano da vida das pessoas, garantindo maior amplitude de acesso por se aproximar dos territórios e das questões de saúde locais”. Contudo, “ao garantir acesso ela não deve simplesmente ser uma via de encaminhamento, mas deve garantir a resolução das questões de saúde de maior prevalência do território onde se faz presente” (MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014, p. 945).

Tal assertiva justifica o porquê da escolha desse nível de atenção à saúde para a realização da pesquisa. Além disso, as UBS e ESF abrangem e atuam sobre uma territorialidade, logo, “o reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população” (BARCELLOS, MONKEN, 2007, p. 232).

Nesta perspectiva, a atenção básica à saúde implica na compreensão dos sujeitos a partir de suas necessidades e particularidades, pois só assim poderá ser garantida a universalidade e a integralidade da saúde. É essencial entender as pessoas, seus problemas físicos, psicológicos e emocionais, sociais, a realidade em que está inserida, sua história, seu passado, especialmente dos mais vulneráveis como é o caso dos migrantes.

Para Waldon e Borges (2008, p.03) a vulnerabilidade está associada com o cuidar e com a ideia de responsabilidade. Ao tratar a questão da vulnerabilidade destacam o entendimento de Torralba (1998) no sentido de que:

todo ser humano é vulnerável, em todas as suas dimensões, ou seja, é vulnerável fisicamente porque está sujeito a adoecer, a sofrer dor e incapacidade e, por tudo isso, necessita cuidado; é vulnerável psicologicamente, porque sua mente é frágil, necessita de atenção e cuidado; é vulnerável socialmente, pois, como agente social, é suscetível a tensões e injustiças sociais; é vulnerável espiritualmente, significando que sua interioridade pode ser objeto de instrumentalizações.

Nesta linha, Sampaio (2013) destaca que a política pública deve ser sensível, inclusiva e promotora dos direitos dos migrantes. Como apontam Costa e Bernardes (2012, p. 883-884), “puxar a alteridade para o campo da saúde significa produzir uma torção ontológica e epistemológica que desterritorializa uma visão puramente técnica da saúde, mas incorpora também uma visão ética e política, pois nessas dimensões é possível o murmúrio da alteridade”.

A alteridade é o ponto de partida dos cuidados em saúde, pois é uma relação que acontece no encontro entre duas pessoas, dois sujeitos diferentes, o eu e o outro: um que necessita de cuidado e outro que disponibiliza suas habilidades e conhecimentos profissionais e humanas para cuidar do outro. Nesse sentido, Waldon e Borges (2008, p.7) asseveram que o papel do cuidador é fundamental para reduzir a vulnerabilidade e manter a autonomia e dignidade do paciente.

Como acontece em contextos migratórios, as ambivalências da sociedade de instalação acabam desequilibrando muitas vezes os migrantes. Por sua vez, a evolução do etnocentrismo dos profissionais de saúde em favor da construção da alteridade em direção ao migrante garante o seu equilíbrio. O equilíbrio no processo de cuidados com a saúde se traduz em sentimentos de segurança, conforto e confiança entre as partes. Não há como falar em relações de alteridade se não

houver o equilíbrio, a sintonia nos encontros e nas relações entre o eu (profissional de saúde) e o outro (usuário/migrante).

Como frisa Lévinas (1980) o outro se manifesta pelo “rostos”, que é compreendido mais do que a imagem corporal, mas como uma representação do além do visível, é uma imagem que transcende o infinito. O “rostos” é o que caracteriza o ser humano e ao mesmo tempo o diferencia dos demais. A experiência com o rostos do outro desencadeia a ideia de alteridade e acolhimento.

Para Lévinas (1995, p. 163 apud Martino, Marques, 2019, p. 30) “o rostos me olha, chama por mim, me demanda”. Essa demanda está ligada à acolhida, ao respeito das diferenças, à compaixão, à responsabilidade do eu com o outro, o que presume uma abertura, um diálogo. Para Martino e Marques (2019) a abertura para receber o outro está ligada a noção de hospitalidade, não é apenas um ato de doação, mas de recepção do outro em mim. Responsabilidade e o respeito pelo outro indicam uma resposta à alteridade.

A convocação feita pelo rostos do outro é para que o eu dê uma resposta, “não qualquer uma resposta, mas uma considerada com sua condição humana representada pelo rostos digno de respeito”. A relação com o rostos se dá pela sociabilidade e pela comunicação social que ocorre em uma temporalidade instaurada no acolhimento, na escuta e na resposta. Logo, “o olhar do outro interpela em uma relação de responsabilidade sem a qual a comunicação se torna impossível”. Entretanto, “o desvio do olhar diante do rostos do outro se constitui, nesse aspecto, como tentativa de fugir a essa responsabilidade para qual se é convocado” (MARTINO, MARQUES, 2019, p. 32).

Nos serviços públicos de saúde, os profissionais de saúde se deparam com muitos rostos, diferentes em si, no entanto, esta pesquisa se concentra no “rostos” do migrante, no modo com que o eu profissional de saúde e o outro se encontram. Este encontro há aproximação, se produz diálogo, o outro demanda uma resposta e para o migrante esta resposta está ligada a ser bem acolhido, cuidado com dignidade e respeito. Como observa Gadamer (2004) ao ser citado por Santos, Giacomini e Firmino (2015) o diálogo acontece na fusão e na compreensão dos horizontes que cada pessoa representa e a finalidade desse encontro é que os pares entendam-se uns com os outros.

A relação do eu e o outro supera qualquer sentimento de posse, não há apreensão do outro, mas compreensão, o eu não “coisifica” o outro. Sendo assim, a

relação com o outro é em direção ao bem. O bem é sair de si mesmo para ir ao outro, ou seja, ir ao encontro da direção do rosto do outro. É a sensibilidade que acolhe o outro na nudez de seu rosto, na pobreza e na miséria e que se apresenta na figura do enfermo, pobre, órfão, viúva, estrangeiro que são os excluídos e de onde vem o apelo pela bondade e pela responsabilidade sem esperar reciprocidade ou exigir algo do outro. Porém, se houvesse a reciprocidade, acabaria um se igualando ao outro e perdendo a originalidade da diferença (LÉVINAS, 1980).

Para o autor, todo o ser humano tem um fundo de bondade, ou seja, um fundo de humanidade. No entanto, se o homem não agir eticamente é por que foi submergido por forças do egoísmo. A relação com o outro não se presume uma relação fechada. A relação não é só uma responsabilidade de si pelo outro, mas um compromisso com a justiça. O rosto como expressão original traduz a humanidade. Dessa forma, a relação com o rosto do outro é descrita como uma relação ética, que chama o eu para sair de si num movimento de responsabilidade pelo outro e pela justiça (LÉVINAS, 1980).

Partindo desse entendimento, o serviço público de saúde se caracteriza pela responsabilização com os rostos que se apresentam em busca de atendimento de saúde e em favor de uma justiça social. As ações dos profissionais de saúde não se constituem apenas numa conduta prestativa, enquanto atribuições de sua função, mas num chamado a uma relação ética com o outro, que se dá pela sua responsabilidade com o outro. E é dessas ações que o migrante necessita, pois na realidade está se falando e propondo,

um cuidar que não é apenas assistir e tratar das pessoas numa perspectiva apenas técnica, não é, simplesmente, cuidar enquanto a ação de fazer o curativo, dar medicação, prestar cuidados diretos e administrativos; é, antes de tudo, um processo de cuidar (des) vinculado do sofrimento, do sentimento de compaixão pelo outro, pois a compaixão apaga as diferenças, elimina o espaço material que separa os homens entre si, aproxima as pessoas não pela palavra, mas sim pelos gestos ou pelos silêncios (LIMA *et al.*, 2005, p. 65).

Almeida (2014, p.771) contribui no seguinte sentido:

as profissões da saúde lidam com duas dimensões distintas em sua prática: da ontologia, dimensão que conhece e se apossa do outro (conhecer uma patologia, o tratamento, por exemplo), e da alteridade, que jamais será compreendida por estar além dos limites de compreensão de um eu profissional da saúde. Apesar de distintas, estas dimensões são articuláveis, desde que a liberdade do eu seja concreta, ou seja, esteja situada na responsabilidade pelo outro, que a precede.

O cuidado possui uma dimensão ontológica, faz parte da constituição do ser humano. Sem cuidado deixamos de ser humano (BOFF, 2014, p. 89). A alteridade desperta o eu para a responsabilidade, numa superação do individualismo e a responsabilidade pelo outro é a própria fraternidade humana (LÉVINAS, 1980). O que está em questão aqui é como o migrante enquanto outro é acolhido nos sistema de saúde e como o eu (profissionais de saúde) responsabilizam-se por este. A esse respeito, Almeida (2014, p. 771) alega que “qualquer ação do eu profissional da saúde já é resposta ao apelo que vem do rosto”. Assim, “é a responsabilidade pelo outro e pelo outros que exige o movimento do eu profissional da saúde da transcendência da sensibilidade para a objetividade e universalidade”.

Waldom e Borges (2011, p. 415) destacam que o cuidado é “um ideal ético. Visto por dentro, o cuidado é o deslocamento de interesse da nossa realidade para a do outro”. Nesse sentido, o cuidado recebe a conotação de “interessar-se pelo outro”, a partir de uma relação do eu com o outro e para o outro. Por sua vez, Almeida (2014, p. 774) bem observa que no campo da saúde, a relação eu-outro e o ato de cuidar, o que exige a responsabilidade do eu pelo outro, “não deriva de Códigos de Éticas profissionais, mas que surge na sensibilidade do face a face”.

Para saber como se dá esta relação entre eu profissional de saúde e os rostos migrantes e a organização do serviço público para responder a demanda destes rostos, me propus a relacionar face a face com esses sujeitos, mergulhando no ambiente de trabalho e observando tudo o que se sucedia no encontro entre o eu e o outro.

Atender uma população multicultural não é tarefa fácil para os profissionais de saúde. Ao iniciar a pesquisa, em conversa com a chefe da UBS/ESF, buscou-se verificar se teria ocorrido alguma mudança quanto à forma de atendimento e as práticas dos profissionais de saúde em decorrência da população migrante. A informação repassada foi de que nada mudou, “*o atendimento é o mesmo tanto para brasileiros como migrantes, a mesma rotina de organização das atividades da unidade, a única coisa que temos de diferente e essa é a nossa maior dificuldade, é quanto o idioma. Você vai perceber durante teu acompanhamento aqui*”. Realmente esse aspecto é comprovado pela pesquisadora, comprometendo em parte ou até mesmo na integralidade a eficácia do atendimento dispensado ao migrante, como será analisado em momento próprio.

Os encontros entre os profissionais de saúde e os migrantes onde se dão as relações do eu e do outro e o deslocamento da responsabilidade perante esses rostos, se caracterizam pela acolhida, a boa vontade de cuidar das pessoas de outras culturas, mesmo diante de todas as dificuldades que o processo de mobilidade lhe impõe, especialmente em relação à língua. O encontro com outro nem sempre é fácil e promotor de satisfação para os profissionais de saúde. A interação e o estabelecimento de confiança e vínculo na relação é algo gradual e em construção, o que exige por parte dos profissionais da saúde condutas de empatia, compaixão e humildade.

Presenciando a grande demanda dos migrantes pelo atendimento de saúde, também foi objeto de verificação se os profissionais de saúde foram submetidos a treinamentos, participação de palestras ou reuniões com a intenção específica de capacitar e orientar no atendimento desta população diferente em idioma e cultura, no entanto, a resposta foi negativa. Foi informado pela enfermeira chefe da UBS/ESF que apenas alguns da equipe participaram de um treinamento de atendimento ao público em geral, nada específico para migrantes, que foi disponibilizado pela parceria da Universidade local com o Município. Além disso, também destaca que os problemas envolvendo migrantes que se apresentam à equipe de profissionais são, na medida do possível, resolvidos dentro da própria unidade e dependendo da situação, encaminhados para outros níveis como o CRAS, Conselho Tutelar, Secretaria de Assistência Social e de Educação.

Vindo ao encontro desta situação, algumas iniciativas no mesmo contexto merecem ser destacadas e podem ser reproduzidas, isso viria auxiliar em muito na funcionalidade das UBS e ESFs e no atendimento de migrantes. A primeira que se destaca dentre outras que serão exemplificadas ao longo da análise, é a ação desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que proporcionou diante das ondas migratórias, oficinas de capacitação e sensibilização de servidores públicos para o atendimento qualificado a migrantes, com o objetivo de garantir o atendimento humanizado e a efetivação de direitos fundamentais aos migrantes e suas famílias no acesso aos serviços públicos municipais. O curso abordou assuntos como a contextualização sobre a realidade da migração no Brasil e no mundo, a legislação migratória brasileira e direitos dos migrantes, as dificuldades enfrentadas pelas pessoas migrantes no acesso aos serviços de saúde e os mitos e fatos sobre

imigrantes e refugiados. O objetivo final é não outro senão promover a igualdade no acesso e respeito aos direitos da população migrante (SÃO PAULO, 2015).

Considerando que os profissionais de saúde ora em análise não participaram de nenhum treinamento, entende-se que a capacitação dos profissionais para atuarem com esta diversidade é um componente importante na garantia do acesso e utilização dos serviços de saúde pelos migrantes e contribui para uma melhor adequação dos serviços de saúde às necessidades dos migrantes, como também para uma maior equidade em saúde.

A capacitação além de proporcionar o desenvolvimento de competências e conhecimentos culturais para cuidar das especificidades da população migrante, auxilia na quebra de conceitos, estereótipos e preconceitos que possam existir e que envolvem a figura do migrante, e atua na sensibilização dos profissionais da saúde influenciando seus próprios atos e serviços permitindo por consequência, a melhoria de acesso ao serviço de saúde pelos migrantes, pois dependendo das atitudes e dos tratamentos as desigualdades podem ser agravadas e a inclusão e a autonomia do migrante prejudicada. Como ressalta Giordani (2008), é bom que o cuidador tenha clareza de que suas ações pode tanto colaborar para a superação das dificuldades do paciente, estimulando-o ou ainda que inconsciente, pode induzi-lo a mergulhar em emoções e sentimentos negativos que acabam comprometendo o seu estado e retardando seu restabelecimento.

Os profissionais de saúde precisam ter o entendimento sobre a população migrante, pois a forma como cada pessoa se comporta diante de um quadro de doença ou enfermidade pode ser diferente da sociedade local, o que é muito peculiar de cada cultura o próprio conceito de saúde e o tratamento adotado. A não compreensão dessas questões pode dificultar o trabalho dos profissionais de saúde e ainda a própria efetividade do atendimento. Afinal, o encontro com a “diferença cultural” nos cuidados de saúde “pode levar a fortes reações emocionais ou a atitudes de rejeição dos profissionais de saúde, sobretudo, quando não há um bom conhecimento sobre a cultura do doente e formação na área da interculturalidade” (RAMOS, 2008b, p. 04).

Ao analisar as migrações, Sayad (1998) entende que há um deslocamento de pessoas no espaço, mas o espaço dos deslocamentos não é somente de um espaço físico, é também um deslocamento de um espaço qualificado em muitos sentidos, socialmente, economicamente, politicamente, culturalmente. É nesse sentido que os

migrantes devem ser cuidado, levando em consideração o espaço qualificado que lhe acompanha, sua circunstância, biologia e bibliografia.

Os migrantes para terem acesso aos serviços do SUS precisam estar cadastrados no sistema de saúde e portar o Cartão Nacional de Saúde. Para a obtenção do cartão, o procedimento é o mesmo exigido aos brasileiros, o migrante precisa apresentar o passaporte ou outro documento de identificação, comprovante de residência e de regularidade no país, expedido pela Polícia Federal. O cartão SUS pode ser encaminhado diretamente nas UBS e ESF ou através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em suas visitas domiciliares, que é o que ocorre na maior parte das vezes.

Partindo propriamente para a realidade observada e considerando os dados repassados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município local da pesquisa, o número de migrantes cadastrados junto ao SUS e atendidos pela rede municipal de saúde tem aumentado a cada ano. No ano de 2018, havia 863 migrantes cadastrados e usuários do SUS. Em 2019, esse número chega a 1.220 migrantes cadastrados e em 2020, compreendendo o período de 01/01/2020 a 14/07/2020 se tem 1.466 migrantes cadastrados. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE). Esses números podem ser observados em quadros na sequência, no momento em que se trazem os atendimentos realizados aos migrantes pela rede municipal de saúde.

Quanto às condições de acesso ao serviço público de saúde destacam-se fatores geográficos e organizacionais. Esses fatores são determinantes para o estabelecimento do encontro entre profissionais de saúde e o migrante, e também de encontro com o comprometimento com a demanda do outro. O critério de territorialização favorece a priorização do atendimento das pessoas que moram na área de atuação do serviço de saúde e a assistência humanizada tendo em vista a proximidade dos profissionais de saúde com a comunidade e o conhecimento que se tem da realidade desta população. A localização das UBS/ESF também favorece, pois esta se encontra numa distância favorável entre as moradias dos usuários o que permite maior acesso aos serviços de saúde, não demandando tempo e forma para o deslocamento, vez que os migrantes em sua maioria não possuem qualquer tipo de transporte, principalmente quando tem que se deslocar com crianças de colo e a pé, como também, para os idosos.

Quanto à forma organizacional da UBS/ESF, o horário de atendimento é outro fator bastante favorável, ocorre diariamente das 7h30min às 16h30min. O horário

estabelecido facilita o acesso não somente para os migrantes que trabalham como também para toda a população abrangida pela UBS/ESF, podendo ser atendido antes do horário do trabalho ou no intervalo do meio dia, o que contribui no atendimento e na sua qualidade. Os atendimentos e consultas ocorrem mediante agendamento prévio, o que facilita o acesso ao serviço e humaniza a assistência, reduz filas e tempo de espera, vindo o paciente somente próximo do seu horário. De acordo com as informações repassadas pelos profissionais de saúde, há uma grande vacância dos migrantes em consultas ou procedimentos agendados, vindo a prejudicar quem também precisa desse atendimento.

Diariamente são disponibilizadas duas fichas para atendimento de emergência, ou seja, para os casos não previstos nos agendamentos. Ultrapassando essa cota e na ocorrência de situações fora do horário de atendimento da UBS/ESF, os pacientes são atendidos pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da rede municipal de saúde, com funcionamento de 24h. Foi o que aconteceu com uma haitiana que foi agredida fisicamente por um amigo, que com fortes dores na cabeça procurou por atendimento junto à UBS/ESF. Ao chegar na unidade, as fichas para caso de emergência estavam preenchidas e a mesma teve que buscar atendimento junto à UPA.

As consultas ocorrem diariamente, com dias específicos para atendimento de gestantes e crianças. As UBS/ESF disponibilizam médico clínico geral, pediatra e odontólogos. São disponibilizadas diariamente, apenas duas fichas para atendimento odontológico, precisando os usuários ficar na fila durante a madrugada para garantir o atendimento. A prestação desse serviço é essencial, uma vez que muitos pacientes não possuem condições financeiras para arcar com os altos custos desse tratamento por vias particulares. Os migrantes recorrem frequentemente a esse serviço.

Os quadros (Quadro 3, 4 e 5) abaixo contemplam os migrantes cadastrados no SUS e os atendimentos realizados nos anos de 2018, 2019 e 2020, a nacionalidade, a faixa etária dos migrantes atendidos e natureza dos atendimentos.

Quadro 3 – Migrantes cadastrados no SUS e atendimentos realizados no ano de 2018

Nacionalidade	Número de Cadastros (Cartão SUS)	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Básica (Geral)	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Básica – 0 a 12 anos	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Básica – acima de 60 anos	Quantitativo Consulta Pré Natal	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Especializada	Quantitativo Consulta Profissional Ensino Superior na Atenção Especializada Exceto Médico (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, rede de farmácia pública, etc.)	Quantitativo Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento
Alemã	7	0	0	0	0	0	1	1
Argentina	29	23	0	0	18	5	1	22
Belga	1	0	0	0	0	0	0	0
Bengalês	16	25	7	0	0	0	0	13
Boliviano	1	3	0	3	0	0	0	0
Cabo Verdiano	0	0	0	0	0	0	0	0
Centro Africano	2	0	0	0	0	0	0	2
Checo	1	0	0	0	0	0	0	0
Chileno	7	2	0	0	0	0	0	1
Colombiano	19	27	5	0	8	4	1	25
Coreano	2	0	0	0	0	0	0	0
Cubano	4	13	0	9	0	1	0	0
Dominicano	0	0	0	0	0	0	0	0
Egípcio	0	0	0	0	0	0	0	0
Equatoriano	0	0	0	0	0	0	0	0
Espanhola	1	0	0	0	0	0	0	1
Francesa	1	0	0	0	0	0	0	0
Ganês	7	18	13	0	10	0	1	9
Guineense	5	0	0	0	0	0	0	2
Haitiano	627	739	54	15	311	77	21	957
Indiano	2	0	0	0	0	0	0	0
Iraquiano	0	0	0	0	0	0	0	0
Italiano	2	0	0	0	0	0	0	0
Marroquina	1	0	0	0	0	0	0	1
Nigeriana	1	0	0	0	0	0	0	0
Americano	2	2	0	0	0	0	0	1
Outros	16	0	0	0	0	0	0	0
Paquistanês	6	0	0	0	9	0	0	6
Paraguaia	11	7	0	0	0	6	0	11
Peruano	1	0	0	0	0	0	0	0
Portuguesa	15	5	0	5	0	0	0	3
Salvadorenho	1	0	0	0	0	0	0	0
Senegalês	41	16	2	0	24	6	0	53
Suíça	2	3	0	0	0	0	0	0
Uruguaia	21	20	1	11	12	4	1	29
Venezuelana	11	16	12	0	0	0	0	5
Total	863	919	94	43	392	103	26	1142

Fonte: Autora com base nos relatórios repassados pela Secretaria Municipal da Saúde.

Quadro 4 – Migrantes cadastrados no SUS e atendimentos realizados no ano de 2019

Nacionalidade	Número de Cadastros (Cartão SUS)	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Básica (Geral)	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Básica – 0 a 12 anos	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Básica – acima de 60 anos	Quantitativo Consulta Pré Natal	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Especializada	Quantitativo Consulta Profissional Ensino Superior na Atenção Especializada Exceto Médico (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, rede de farmácia pública, etc.)	Quantitativo Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento
Alemã	8	0	0	0	0	0	0	5
Argentina	46	28	0	4	20	2	4	11
Belga	1	0	0	0	0	0	0	0
Bengalês	35	52	9	0	24	3	3	57
Boliviano	1	6	0	6	0	0	0	0
Cabo Verdiano	1	0	0	0	0	0	0	0
Centro Africano	2	0	0	0	0	0	0	2
Checo	1	0	0	0	0	0	0	0
Chileno	9	2	2	0	0	0	0	1
Colombiano	46	37	0	0	0	24	8	33
Coreano	2	0	0	0	0	0	0	0
Cubano	17	16	0	2	0	1	1	3
Dominicano	1	0	0	0	0	0	0	0
Egípcio	3	0	0	0	0	0	0	3
Equatoriano	1	1	0	0	0	0	0	1
Espanhola	3	1	0	0	0	0	0	2
Francesa	1	0	0	0	0	0	0	0
Ganês	11	14	0	0	5	2	0	11
Guineense	14	2	0	0	0	0	0	19
Haitiano	850	653	33	20	301	107	173	1475
Indiano	4	3	0	0	12	1	1	4
Iraquiano	1	0	0	0	0	0	0	1
Italiano	3	0	0	0	0	0	0	0
Marroquina	5	0	0	0	0	2	0	26
Nigeriana	1	0	0	0	0	0	0	0
Americano	3	3	0	0	0	0	0	2
Outros	16	0	0	0	0	0	0	0
Paquistanês	8	9	0	0	1	0	0	16
Paraguaia	19	12	0	0	22	7	0	21
Peruano	1	0	0	0	0	0	0	0
Portuguesa	20	0	0	0	0	0	0	3
Salvadorenho	1	0	0	0	0	0	0	0
Senegalês	44	22	3	0	4	10	7	53
Suíça	2	1	0	0	0	0	0	0
Uruguaia	26	24	0	19	0	0	7	15
Venezuelana	13	11	8	0	0	0	1	5
Total	1220	897	55	51	389	159	205	1769

Fonte: Autora com base nos relatórios repassados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 5 – Migrantes cadastrados no SUS e atendimentos realizados no ano de 2020 (de 01/01/2020 – 14/07/2020)

Nacionalidade	Número de Cadastros (Cartão SUS)	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Básica (Geral)	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Básica – 0 a 12 anos	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Básica – acima de 60 anos	Quantitativo Consulta Pré Natal	Quantitativo Consulta Médica em Atenção Especializada	Quantitativo Consulta Profissional Ensino Superior na Atenção Especializada Exceto Médico (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, rede de farmácia pública, etc.)	Quantitativo Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento
Alemã	9	3	0	1	0	0	0	1
Argentina	54	21	3	1	10	1	6	18
Belga	1	0	0	0	0	0	0	0
Bengalês	43	46	1	0	17	2	12	30
Boliviano	4	3	0	3	0	0	0	0
Cabo Verdiano	2	0	0	0	0	0	0	0
Centro Africano	2	1	0	0	0	0	0	0
Checo	1	0	0	0	0	0	0	0
Chileno	9	1	1	0	0	0	0	0
Colombiano	59	5	0	2	7	6	7	11
Coreano	2	0	0	0	0	0	0	0
Cubano	31	30	1	0	0	0	0	1
Dominicano	2	2	2	0	0	0	0	1
Egípcio	3	1	0	0	0	0	0	0
Equatoriano	1	0	0	0	0	0	0	0
Espanhola	3	0	0	0	0	0	0	0
Francesa	1	0	0	0	0	0	0	0
Ganês	15	9	0	0	17	0	1	1
Guineense	14	2	0	0	0	0	1	9
Haitiano	1031	807	15	4	340	33	188	729
Indiano	4	4	0	0	0	0	0	5
Iraquiano	1	2	0	0	0	0	0	2
Italiano	3	0	0	0	0	0	0	0
Marroquina	5	0	0	0	0	5	4	1
Nigeriana	1	0	0	0	0	0	0	0
Americano	3	2	0	0	0	0	0	0
Outros	16	0	0	0	0	0	0	0
Paquistanês	8	5	0	0	0	1	0	3
Paraguaia	19	6	0	0	0	2	3	9
Peruano	1	0	0	0	0	0	0	0
Portuguesa	20	2	0	0	0	0	0	0
Salvadorenho	1	0	0	0	0	0	0	0
Senegalês	47	12	0	0	0	0	1	21
Suíça	2	0	0	0	0	0	0	0
Uruguaia	27	10	0	3	0	1	6	15
Venezuelana	21	10	2	0	8	0	0	5
Total	1466	984	25	14	399	51	229	862

Fonte: Autora com base nos relatórios repassados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Quanto aos atendimentos dos migrantes, desde o momento da recepção até o procedimento final as ações dos profissionais de saúde observadas, isto é, as respostas para a demanda dos migrantes, em quase sua totalidade, se deram de maneira igualitária, pautadas na responsabilidade, organização e administração. O encontro entre o eu e outro acontece de maneira harmoniosa, respeitosa e comprometida. O eu se disponibiliza em ajudar o outro, percorrendo o caminho da alteridade. Há uma abertura do eu profissional da saúde demonstrando interesse pelo rosto que está a sua frente, com uma exceção de um profissional.

As observações e acompanhamentos evidenciaram que as consultas, acolhimento, agendamentos de exames, vacinas, setor de recepção e informações entre outras demandas dos migrantes nas UBS e ESF seguem a mesma conduta dispensada aos brasileiros, tanto no que se refere ao próprio tratamento, tom de voz, respeito, paciência e responsabilidade. Estão presentes nas práticas de saúde o cuidado e comprometimento com a saúde tanto dos brasileiros como migrantes. Por sua vez, essas atitudes rompem com a ideia de mal estar de Freud (2011), do isolamento, da vontade de distanciamento entre os indivíduos e partem para o bem-estar, produzido pela capacidade de amar, manifestado no cuidado, na humanização e no reconhecimento.

Durante as observações, não se presenciou por parte dos profissionais de saúde tratamento excludente ou privilegiado entre usuários. No entanto, o que se percebe na recepção, na sala do acolhimento e nas consultas médicas quando da presença dos migrantes, são atendimentos que demandaram um maior esforço dos profissionais na comunicação, compreensão e explicação durante o repasse de informações e prescrições. Fato este em função da língua, cultura ou desconhecimento do sistema de saúde por parte dos migrantes, que exigiram um tratamento “diferenciado” em decorrência desses fatores e não em virtude propriamente em razão de ser um usuário migrante.

A recepção de uma das ESF é composta por uma repartição com guichê, no qual os recepcionistas atendem a população seguindo a ordem das senhas. Enquanto aguardam o atendimento, os usuários ficam na sala de espera. Para os migrantes que dominam a língua, o atendimento é rápido e eficiente, seja para encaminhar o cartão SUS, agendar consultas e exames, retirada de exames, sanar alguma dúvida, etc. No entanto, quando os migrantes não dominam a comunicação, requer do funcionário uma habilidade diferenciada na escuta, na fala, no repasse

das informações. O que se observa e não raras vezes, é que se o atendente percebeu que o migrante ficou com alguma dúvida ou não compreendeu o que foi falado, o mesmo sai de trás do guichê e vai perto do migrante para explicar melhor, reiterando as informações de maneira clara e simplificada, e sendo preciso, o acompanha até algum outro profissional ou setor para sanar naquilo que precisa. Muitas vezes o migrante não sabe onde fica a sala de vacina, a sala do acolhimento, o consultório médico, etc., o que sempre é auxiliado pelos profissionais.

A organização das UBS/ESF acompanhadas merece destaque, assim como, a qualidade dos serviços de recepção, dos atendimentos, da infraestrutura física, da pontualidade, do agendamento de consultas e de exames e o seu retorno para os pacientes, do controle de veículos para transporte de pacientes que precisam de consultas e exames especializados, o retorno sobre a retirada de exames, enfim, essas e outras atividades que compõem a rotina dos serviços de saúde.

Único detalhe que se percebeu, mas que também é situação enfrentada por outros municípios, diz respeito aos casos em que o usuário precisa de exames e consultas especializadas (muitas realizadas fora do município e que demandam transporte de pacientes) e que não tendo condições para arcar com as despesas dependem do agendamento do SUS, o que envolve a espera por um longo tempo até a data do atendimento. Havendo urgência tais procedimentos são realizados por vias particulares. Esta situação ocorre tanto para brasileiros como para os migrantes, mas são os vulneráveis que mais sofrem com a demora.

Há de se asseverar ainda que os resultados aqui trazidos dão conta de apresentar a realidade de apenas duas UBS/ESF que concentram um número maior de atendimentos aos migrantes, unidades estas indicadas pela Secretaria do Município. Assim, tem-se que as qualidades e também dificuldades ora apresentadas não podem servir para julgamentos de toda a rede de saúde municipal, pois a fração observada pode se colocar como pequena diante do todo.

Também se faz importante inferir que a pesquisa não abordou o relacionamento entre equipes da UBS/ESF, o Secretário Municipal de Saúde e o Prefeito Municipal, isto para não adentrar em questões políticas e pessoais que poderiam surgir.

Outro aspecto que merece destaque é a ambiência das UBS/ESF que integra a ideia de humanização da saúde, que se refere ao “espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve

proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde” (BRASIL, 2017, anexo). Para um ambiente adequado nas UBS/ESF, existem componentes que atuam como “modificadores” e “qualificadores do espaço”, como recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escalas dos profissionais, horários de funcionamento, sinalização e fluxos, acessibilidade, conforto térmico e acústico (BRASIL, 2017, anexo).

No entanto, além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na atenção básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios (BRASIL, 2017, anexo). Como não basta também as UBS/ESF disporem de estrutura moderna e equipamentos apropriados aos atendimentos médicos, se antes de tudo as ações dos profissionais de saúde não estiverem voltadas à valorização das relações humanas e às necessidades de cada usuário, pois daí que se consolida o principal alicerce da estrutura humanizada, o que significa também dizer, a base de toda alteridade.

Nas UBS/ESF pode ser observada uma ambiência acolhedora e humana, espaço físico bem conservado, numa localização privilegiada na área de abrangência, com acessibilidade, sinalização, murais com informações, entre outros aspectos que contemplam a Política Nacional de Atenção Básica. Entretanto, aqui cabe considerar um aspecto bem pertinente com a questão da ambiência, como as UBS/ESF são ambientes compartilhados não somente por nacionais, mas também por migrantes de várias nacionalidades, seria oportuno que informações no tocante ao horário de atendimento, escala de profissionais, avisos, recomendações, etc., fossem disponibilizadas em outras línguas, o que facilitaria a interpretação dos migrantes e agilidade no atendimento.

Como nas UBS/ESF há murais com informações e nas próprias salas de espera são disponibilizados materiais informativos e de educação em saúde sobre Sintomas Sexualmente Transmissíveis (SST), métodos contraceptivos, dengue, amamentação, etc. este aspecto merece ser considerado. Em tempos de coronavírus, tomando como exemplo a iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde

de São Paulo²³ (FIGURA 2) e da Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho do Paraná, esta elaborou cartazes educativos para os migrantes com informações e cuidados com o coronavírus, traduzidos em cinco idiomas (crioulo haitiano, francês, inglês, espanhol e árabe)²⁴ (FIGURA 3,4,5), uma ação que pode ser igualmente reproduzida pelo sistema de saúde junto às UBS/ESF, não só para o caso da pandemia como para outras ações de conscientização tão fundamentais que vem calhar na qualidade de vida e na promoção da saúde do migrante, como exemplo do folder da H1N1 (FIGURA 6) e de vacinas (FIGURA 7) elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em vários idiomas²⁵.

Figura 2 – Orientações sobre o COVID-19 aos migrantes



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020).

23 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/SP. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/COVID-19_ESP.JPG. Acesso em: 13 jul 2020.

24 Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=106072&tit=Cartazes-sobre-coronavirus-serao-distribuidos-em-cinco-idiomas>. Acesso em: 07 out. 2020.

25 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/SP. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/publicacoes/index.php?p=19273#imigrantes>. Acesso em: 15 mar 2020.

Figura 3 – Material informativo sobre a Covid-19 em espanhol

CORONAVIRUS

La mejor forma es la prevención.





PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA JUSTIÇA,
FAMÍLIA E TRABALHO
SECRETARIA DA SAÚDE

¿Qué es el CORONAVIRUS?

Es un virus que causa enfermedades que van desde un resfriado común hasta problemas respiratorios más severos.



¿Cuales son los síntomas?

(Al menos un signo o síntoma)



Fiebre, estornudos, tos, dificultad para respirar, dolor de cabeza, debilidad.

¿Cómo se transmite?

La transmisión del nuevo CORONAVIRUS es de persona a persona, ya sea por gotitas respiratorias o por contacto con secreciones contaminadas, como:

- Gotitas de saliva;
- Estornudar;
- Tos;
- Catarro;
- Contacto personal cercano, como contacto o apretón de manos; contacto con objetos o superficies contaminadas, seguido por contacto con la boca, nariz u ojos.



El período para el inicio de los síntomas es de 5 a 16 días.



¿Cómo prevenir el CORONAVIRUS?

El Ministerio de Salud guía la atención básica para reducir el riesgo general de contraer o transmitir infecciones respiratorias agudas, incluido el nuevo CORONAVIRUS. Entre las medidas están:

- Lávese las manos con frecuencia con agua y jabón durante al menos 20 segundos. Si no hay agua y jabón, use alcohol en gel. 
- Cúbrase la boca y la nariz cuando tosa o estornude con un pañuelo desechable y tírelo a la basura. 
- Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar. 
- Evite el contacto con personas que tienen síntomas. 
- Mantenga la habitación ventilada con las ventanas abiertas. 
- No comparta artículos personales como cubiertos y vasos. 
- Limpie y desinfecte objetos y superficies que se tocan con frecuencia. 

Fuente: Departamento de Salud del Estado (SESA) y Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA).

Figura 4 – Material informativo sobre a Covid-19 em francês

CORONAVIRUS

La meilleure façon est la prévention.




Qu'est-ce que CORONAVIRUS?

C'est un virus qui provoque des maladies allant d'un rhume à des problèmes respiratoires plus graves.



Comment prévenir CORONAVIRUS?

Le ministère de la Santé guide les soins de base pour réduire le risque global de contracter ou de transmettre des infections respiratoires aiguës, y compris le nouveau CORONAVIRUS. Parmi les mesures figurent:

- Lavez-vous les mains fréquemment avec du savon et de l'eau pendant au moins 20 secondes. S'il n'y a pas d'eau et de savon, utilisez du gel alcool.
- Couvrez-vous la bouche et le nez lorsque vous toussiez ou éternuez avec un mouchoir et jetez-le à la poubelle.
- Évitez de toucher les yeux, le nez et la bouche avec des mains non lavées.
- Évitez tout contact avec des personnes qui présentent des symptômes.
- Gardez la maison ventilée avec les fenêtres ouvertes.
- Ne partagez pas d'objets personnels tels que des couverts et des verres.
- Nettoyez et désinfectez les objets et les surfaces fréquemment touchés.

Quels sont les symptômes?

(Au moins un signe ou symptôme)



Fièvre, éternuements, toux, difficulté à respirer, maux de tête, faiblesse.

Comment transmet-il?

La transmission du nouveau CORONAVIRUS se fait de personne à personne, soit par des gouttelettes respiratoires, soit par contact avec des sécrétions contaminées, telles que:

- Gouttelettes de salive;
- Éternuement;
- La toux;
- Catarrhe;
- Contact personnel étroit, comme le toucher ou la poignée de main; contact avec des objets ou des surfaces contaminés, suivi d'un contact avec la bouche, le nez ou les yeux.



La période d'apparition des symptômes est de 5 à 16 jours.

Source: Département d'État de la santé (SESA) et Agence nationale de surveillance de la santé (ANVISA).

Figura 5 – Material informativo sobre a Covid-19 em inglês

CORONAVIRUS

Pi bon fason an se prevansyon.




PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA JUSTIÇA,
FAMÍLIA E TRABALHO
SECRETARIA DA SAÚDE

Kisa CORONAVIRUS ye?

Li se yon viris ki lakòz maladi tankou rim ak pwoblèm respiratwa pi grav.



Ki sentòm yo ye?

(O mwen yon siy oswa sentòm)



Lafyè, estène, touse, difikilte pou pran souf, maltèt, feblès.

Kijan li transmèt?

Transmisyon nouvo CORONAVIRUS la se soti nan yon moun ale nan yon lot moun, swa pa ti gout krache oswa pa kontak sekresyon ki kontamine, tankou:

- Ti gout saliv;
- Estène;
- Tous;
- Kontak direk ak yon moun touchel oswa Bay la men.
- Kontak avek kote epi bagay nap sevi ki kontamine ki rive nan bouch, nen oswa zye.



Peryòd pou aparisyon sentòm yo se 5 a 16 jou.



Ki jan yo anpeche CORONAVIRUS?

Ministè Sante a gide swen debaz pou diminye risk jeneral pou trape oswa transmèt enfeksyon respiratwa egi, tankou nouvo CORONAVIRUS la. Pami mezi yo se:

- Lave men ou souvan avèk savon ak dlo pandan o mwen 20 segonn. Si pa gen dlo ak savon, sevi ak alkòl jèl.
- Kouvri bouch ou ak nen ou lè wap touse oswa estène ak yon mouchwa epi jete l nan fatra (poubèl).
- Evite manyen zye ou, nen ou ak bouch ou avèk men ki pa lave.
- Evite kontak ak moun ki gen sentòm yo.
- Kenbe chanm ou aryere ak fenèt yo louvri.
- Pa pataje bagay pèsònèl tankou manje ak gode.
- Netwaye epi dezenfekte tout bagay ak sifas ki souvan manyen yo.








Sous: Depatman Sante Eta a (SESA) ak Ajans Siveyans Nasyonal Sante (ANVISA).

Fonte: Conselho Estadual dos Direitos dos Refugiados, Migrantes e Apátridas do Paraná, 2020.

Figura 6 – Folder Gripe H1N1, com orientações para os migrantes

CRIOULO

Itilize mouchwa osinen papye liyènik ou ka jete apre, epi jete li nan poubel. Ite ou finn sevi avèk li.

Itilize mouchwa pou nen ou avèk bouch ou lè wap touse oswa etènse.

GRIP H1N1
PREVANSYON AN NAN PLAT MEN 'W

Lave men ou de tanzantan avèk dlo ak savon.

Evite al kote ki gen anpil moun epi ki pa gen trop lè pase.

Evite pase men ou nan zye ou, nan nen ou ak bouch ou.

Evite kontak moun ou sispek ki bay sinyal ak sentom grip H1N1.

Pa itilize bagay lòt moun itilize deja.

SUS **PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE**

Kisa sa vle di yon Grip?

Se yon maladi ki vini nan nenpòt moman nan ane a. Li parèt plis nan sezon etèn, avèk sezon ivè, lè tan chanje, oswa lè tanperati a desann. Li ka vini sou de fòm: Tankou yon Grip nòmal osinon lè ou respire mal - SRAG (si sa parèt pi grav, li posib pou entène lopital).

Sentòm

Flèv yon sèl kou. Touse san rete. Doulè nan gòj. Tèt fè mal. Doulè nan tout kò ou.

Si tout fwa ou santi ou konsa, ale nan yon sant sante.

SENDRÒM GRIP

Après tout sentom sa yo, pou yon ti Bebe ki gen pi piti ke dezann ou ka wè li ap touse, nen bouch, difikilite pou respire. Nòmalman sentom grip yo kòman rive amelyore pandan yon semèn. Flèv (tanperati > 37.8°C) diminye nan 2 ou 3 jou. Men, tous ak fatig epi mal alèz ka dire pou kèk semèn.

SENDWÒM RESPIRATWA GRAV (SRAG)

Parèt sou menm fòm avèk sendwòm grip la, anplis pwoblèm respiratwa -a avèk mal alèz, li bay lòt pwoblèm ki desann nivo oksijèn nan san avèk pwoblèm tansyon.

KILÈS KI DWE PRAN VAKSEN?

- Granmoun, 60 lane oubyen pi plis laj;
- Timoun ki gen pi piti ke 5 lane;
- Fanm ansent;
- Fanm ki gen 45 jou depi akouchman;
- Popilasyon Endijèn;
- Moun ki gen maladi kronik (diabèt, maladi kè, nan poumon osinon nan ren, moun ki gen lminite ba, etc.);
- Moun ki souffri obezite mòbid avèk maladi pou rezon pwoblèm Emogloblin, anemi falsifòm.

Pou Plis enfòmasyon:
prefeitura.sp.gov.br/saude
saudeprefsp

SUS **PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020).

Figura 7 – Folder com informações sobre vacinação para os migrantes

VAKSINASYON

Vaksinasyon se fason ki pi efikas pou prevni maladi ke vaksen ka evite. Brezil se réfèrans nan mond lan nan kesyon vaksinasyon, Sistèm Inik Sante - SUS ofri pou tout moun aksè gratis pou tout vaksen ke òganizasyon mondial sante - OMS rekòmande, depi lendi rive vandredi yo bay vaksen ki nan tout sant basik sante (UBS) epi lè samdi nan UBS ki fè pati de pwogram sa.

Gen vaksen pou timoun ak granmoun epi fanm ansent, vaksen sa yo fonksyone si sèlman nou pran yo nan lè nou dwe pran yo, sa vle di, dòz korèk pou tout laj ki ka evite ke maladi sa yo retounen nan kò nou.

Rezo piblik sante a mete disponib 17 vaksen ki nan kalandriye vaksen an, pou fè prevansyon pou pi plis ke 20 maladi grav ki pran moun nan tout laj.

Si ou genyen ansanm avèw kat vaksen manmanw ak papaw, vini ansanm avèk yo nan jou ou prale nan sant sante a.

TOUT VAKSEN KE YO OFRI GRATIS NAN SUS

BCG (Tibèkiloz)
Epatit B
Polyo
Pentaval - Difteri, Koklich, Tetanòs, Epatit B ak Haemophilus influenzae
Rotaviris
Menenjit C
Nemokosik B
Skr - saranpyon, Lawoujòl, malmouton ak ribeyòl
Varisèl
Epatit A
Lafyèv jòn
HPV (papillomaviris moun)
Nemokosik 23-valan
Grip trivalent

SUS **PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020).

Acerca das questões e na tentativa de olhar o cenário a partir da visão de um migrante, percebe-se a falta de informações básicas traduzidas em outros idiomas. A disponibilização em inglês e espanhol já auxiliaria bastante e não iria demandar gastos extraordinários com tradutores para elaboração de material, já que a comunicação é o elemento chave para aproximação do eu com o outro e sem comunicação não há como estabelecer uma relação de alteridade, como ainda veremos nesta análise.

Um simples folder contendo pequenas informações seria facilitador do acesso à saúde pelos migrantes e do atendimento dessa população já na recepção, como assim fez a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a partir de perguntas básicas como: do que você precisa? Está passando mal? Tem consulta agendada? Deseja fazer o cartão SUS, agendar uma consulta? (FIGURA 8).

Figura 8 – Informações básicas na recepção destinada aos migrantes



CARDÁPIO PARA RECEPÇÃO

PORTUGUÊS	ENGLISH	FRANÇAIS	ESPAÑOL	ÁRABE
Do Que Você Precisa?	What do you need?	Vous avez besoin de quoi?	¿Qué necesita?	ما الذي تحتاجه؟
Médico	A doctor	Médecin	Médico	طبيب
Vacina	Vaccine	Vaccin	Vacuna	أنا لست على ما برام
Dentista	Dentist	Dentiste	Dentista	تطعيم
Farmácia	Pharmacy	Pharmacie	Farmacia	طبيب الأسنان
Fazer cartão sus	Make SUS card	Demander votre carte sus	Solicitar la tarjeta sus	الصيدلية
Fazer Exames	Make exams	Faire des examens	Hacer exámenes	SUS عمل بطاقة ال (النظام الموحد) (للصحة)
Você Está Passando Mal?	Are You Feeling Sick?	Vous Sentez-vous Mal?	¿se Siente Mal?	عسر التجاليل
Já Tem Consulta Agendada?	Do You Have A Scheduled Appointment?	Avez-vous Un Rendez-vous?	Ya Tiene Una Cita Programada?	هل لديكم موعده محجوزة مسبقا؟
Quer Agendar Uma Consulta?	Do You Want To Schedule An Appointment?	Voulez-vous Fixer Un Rendez-vous?	¿quiere Fijar Una Cita?	هل تريد تحديد موعد للمعاينة؟

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020).

Ainda sobre a ambientação, por outro lado, este espaço não somente é importante para quem busca cuidado, como também para quem exerce o papel de cuidador. Para que ocorram práticas de saúde humanizadas é preciso que o próprio profissional de saúde esteja inserido dentro de um ambiente humanizado. Desejar que o profissional de saúde exerça suas atividades de maneira humanizada, requer que ele próprio esteja inserido num ambiente humanizado. A humanização das práticas de saúde requer desde a formação do profissional que valorize este aspecto na atenção e cuidado à saúde, ao respeito e valorização entre os profissionais, o que reflete diretamente no atendimento à população. Um ambiente tranquilo, de união e coleguismo onde os profissionais estão dispostos e satisfeitos com o trabalho e com a equipe, transmitirá ao paciente atenção, segurança e o acolhimento necessários no momento em que esteja debilitado.

Fazendo um aparte, as observações *in loco* levam a crer que entre os integrantes das equipes das duas UBS/ESF de fato a relação seja de unidade e respeito profissional. Vale ressaltar, no entanto, que durante a pesquisa não houve a possibilidade de participação das reuniões semanais das equipes nos quais talvez venham a tona problemas e dificuldades internas em termos relacionais e pessoais.

Nesse sentido, de forma metafórica, é possível afirmar que os profissionais são agulhas e linhas que através da flexibilização das competências, vão costurando práticas humanas de responsabilização com o outro. A costura da rede universal e integral da saúde se dá por pontos de integração, no mesmo sentido da teia de Capra como já visto neste trabalho.

É nessa esfera que se constrói o paradigma do sistema de saúde, pelo qual a dignidade humana, a qualidade de vida e o bem-estar devem ser os condutores e nutrir todos os pontos do sistema. No sistema de saúde, a sua sustentabilidade depende do equilíbrio entre os pontos e o alcance de suas finalidades, pelo qual as relações devem estar nutridas e focadas na atenção e saúde das pessoas.

É neste contexto de teia e de sistema, que a concepção de saúde e a sua política devem ser analisadas, pois constituem-se um dos grandes problemas da atual sociedade, não podendo ser compreendida e enfrentada de forma isolada. Ao contrário, precisa-se de um enfoque sistêmico, articulado ao contexto global, interligado e interdependente.

O sistema de saúde deve ser capaz de ligar vários pontos da sociedade, estabelecer relações e se comunicar com a diversidade, a multiculturalidade, as diferenças das pessoas, principalmente dos migrantes que não raras vezes ficam de fora do sistema social e atuam como pontos isolados e fragmentados. A política pública de saúde enquanto teia deve estabelecer esta relação, incluir as pessoas e cumprir com o seu papel de proteção social, independente de classe e nacionalidade.

Frente às migrações, é preciso refletir até que ponto as ações da rede de proteção social das pessoas, tem incorporado um pensamento sistêmico para o enfrentamento da mobilidade humana? Por este aspecto, os atores na arena da política pública de saúde em suas práticas devem atuar de forma sistêmica para o enfrentamento dos impasses que as migrações impõem e compreender suas interconexões, bem como a fundamentalidade dessas práticas e da alteridade dos profissionais de saúde na inclusão social do migrante, no seu protagonismo no tecido social e em sua saúde, uma vez que o bem-estar está inserido ao conceito de saúde.

É assim que política pública deve atuar, conectando as diferenças e os vulneráveis, enquanto pontos da teia, e o bom funcionamento dessa política somente se dá pela capacidade de envolvimento dos pontos e atuação e na comunicação destes com os demais. Uma política pública de saúde fragmentada, isolada, não pautada na rede como um sistema integrado, reduz as partes, fragilizando-as, o que compromete ainda mais quando diante dos migrantes que tanto necessita do suporte social.

A autopoiese defendida por Capra (2007) é a capacidade de auto criação e de transformação dos outros componentes da rede, expandindo-se e formando novas conexões. A permanência de práticas fragmentadas, excludentes, sem interconexão entre os diferentes atores sociais compromete o real potencial de atuação da política pública de saúde e a sua sustentabilidade. Não é possível falar em universalidade e integralidade na saúde se não houver esta interconexão e o envolvimento de todos os indivíduos da sociedade.

O modelo de teia defendido pelo autor é ampliador de ideias e libertador de um paradigma egocêntrico, que valoriza os diferentes pontos e convoca os diferentes atores para a atuação. Assim, a política pública de saúde não só têm a tarefa de proteger a saúde das pessoas, mas também de inovar, estar atenta a toda

a complexidade da vida social e as suas novas demandas, como o caso do atendimento dos migrantes na rede de saúde.

Com a não integração na teia, “corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos” (ALMEIDA, MISHIMA, 2001, p. 151). Além disso, há um não deslocamento do eu em direção ao outro e ao invés de aproximação e contato, a desintegração de cada ponto conduz ao distanciamento, o que implica conseqüentemente na não responsabilização pelo outro.

Os profissionais da política pública de saúde se referem aos migrantes como os “estrangeiros”. Quando se fala utilizando a denominação “migrantes”, os mesmos têm certa dificuldade em associá-los, de imediato, como sendo os próprios estrangeiros. Eles param e pensam. Não se escuta no ambiente de trabalho, a expressão migrante, apenas estrangeiro. Contudo, a forma como os profissionais de saúde percebem o migrante, na condição de outro na relação, sem estigmatizar e discriminar vem ao encontro daquilo que se espera do ato de cuidar: acolhimento, atenção, respeito, afetividade. O cuidado em saúde “produz e é produzido também segundo os afetos entre os sujeitos. Ou seja, estes ao produzirem o mundo do cuidado em saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo certa identidade subjetiva, na alteridade” (FEUERWERKER, 2014, p. 102).

Como aduz Lechner (2005, p. 05),

os imigrantes que pedem ajuda para aliviar o seu sofrimento, fazem-nos o convite de desenvolver uma escuta presente, atenta, respeitosa, que não nos deixa indiferentes à ameaça que nós próprios podemos significar para a sua dignidade de pessoas. Olhar de frente a possibilidade de ameaçado outro, é aceitar por à prova o real poder que os prestadores de cuidados têm sobre a vida dos outros, e aceitar os desafios que este confronto traz ao nosso próprio conhecimento, levando-nos a criar formas de intervenção mais adequadas e pertinentes.

Este convite é uma espécie de solicitude aos profissionais de saúde. “A solicitude permite que se possa não apenas respeitar o ‘outro’ no sentido de não lhe fazer mal, mas também ir ao seu encontro, perceber suas necessidades e auxiliá-lo nas dificuldades” (GUBERT, 2011, p. 88).

Com base nisso, é possível dizer que “a atitude dos profissionais e a cultura organizacional são determinantes para a sustentação e reprodução ou não das

desigualdades raciais e do racismo no cotidiano dos serviços de saúde”. Logo, o racismo é “um ameaçador da condição de saúde dos indivíduos à medida que favorece a violação de direitos, além de ferir com todos os princípios do SUS” (SANTOS, 2012, p. 150).

Nessa linha de pensamento, Giordani (2008, p.47) descreve que “o preconceito é uma forma enviesada de se perceber o outro”, que pode se dar como “modo de defesa contra algo que não convenha ao indivíduo que trabalha em saúde, seja como desrespeito a diferenças e às minorias, partindo sempre de quem se sente incomodado, como quando se antipatiza com alguém”. Consequentemente, essa atitude leva à discriminação, não sendo outra coisa senão a prática de exclusão pela via de rejeição.

Vale ressaltar diante do exposto que nos encontros entre o eu e o outro acompanhados pela pesquisadora, não se presenciou nos profissionais de saúde, discriminação, fala maldosa, gestos ou tratamento diferenciando em se tratando de migrantes, que viesse a reforçar as desigualdades já existentes, os estereótipos, a invisibilidade e a exclusão praticada por parte da sociedade, com exceção da percepção de um ACS que será relatado mais adiante. Apesar do método da observação sugerir que cenários possam ser produzidos a partir da presença do observador, quer se crer que pelo fato dos profissionais estarem desempenhando atividades pertencentes a sua rotina, suas atitudes demonstravam espontaneidade.

Os migrantes quando chegam às UBS e ESF se deparam com os recepcionistas, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogo, nutricionista, auxiliares administrativos e de apoio, o que constitui uma equipe multiprofissional de trabalho, que para Peduzzi (2001, p. 906) consiste em “uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”. É um trabalho de caráter interdependente, de complementariedade e colaboração entre os profissionais, sendo a comunicação elemento fundamental para o sucesso da promoção da saúde e do cuidado.

O bom funcionamento de uma rede depende do envolvimento, da comunicação e comprometimento de todos que a compõe. Na área da saúde, como em qualquer dimensão na vida social, há um entrelaçamento das relações sociais entre indivíduos. Logo, a adoção de uma ótica de rede coloca em pauta o respeito e a alteridade nas interações sociais, questão fundamental quando se debatem

propostas em prol da humanização dos cuidados em saúde. O indivíduo que esgota a sua competência pessoal e necessita de auxílio tende a lançar mão de sua teia de suporte social, matriz de sua identidade e de seu estar no mundo, que funcionam como polos de apoio aptos a auxiliar os seus membros a enfrentar seus problemas da vida cotidiana quanto àqueles excepcionais, que se manifestam em momento de crise (BRAGA, 2006).

Essa rede é uma espécie de companhia social representada por um conjunto de “apoio emocional” (lealdade, simpatia, solidariedade), por um “guia cognitivo” (que compartilha e esclarece informações e conhecimentos), por “regulação social” que compreende a evocação das normas da sociedade e da própria rede e da neutralização ou reprovação de condutas antissociais, pela “ajuda material e de serviço” (auxílio para solucionar determinado problema de ordem econômica, saúde, etc) e por fim, “acesso a novos contatos” que supõe a ampliação da rede social pessoal (BRAGA, 2006).

Nas equipes de saúde, cada profissional atua como parte da teia e tem papel fundamental no suporte social dos migrantes. Para os migrantes a rede de apoio é essencial no seu restabelecimento na sociedade de instalação e sem dúvidas, o apoio que os migrantes encontram na área da saúde contribui com esta finalidade, abrindo portas de acesso para outras redes de apoio como da educação, da assistência social e cidadania.

Assim, os indivíduos diante das adversidades, buscam alternativas para superá-las, para tanto recorre às “tramas protetoras”. Interditar ou dificultar a atuação dessas tramas nas instituições de saúde significa não admitir o dinamismo das interações sociais e reduzir o ser humano a uma dimensão individualista. “Seus canais de sociabilidade – como o da “família ampliada” - são obstruídos e sua inclusão social negada”. Ignorar o pertencimento a uma rede social de suporte a subjetividade de outro, não é nada mais destoante com as propostas da humanização da saúde (BRAGA, 2006, p. 179).

Cabe aos profissionais de saúde facilitar ação das redes de suporte e fomentar a formação de outras criadas a partir dos enfrentamentos dos problemas de saúde. Torna-se necessário uma escuta e observação das teias, que nem sempre estão a mostra em função da sua plasticidade, mas que certamente “indicam o caminho para a construção de um olhar e de uma postura capazes de compreender e respeitar a alteridade” (BRAGA, 2006, p. 179).

No processo de resiliência, a ação da rede de saúde se apresenta como indispensável para as pessoas superarem as dificuldades que enfrentam diariamente e que recaem sobre o bem-estar físico, mental e social. Neste cenário, os migrantes são sujeitos que expressam verdadeiramente, a real necessidade de serem resilientes, pois a adaptação na sociedade de instalação impõe essa condição de superação para o êxito da migração. Uma superação do stress, da tristeza, da falta de apoio familiar e social que o migrante tinha, da discriminação, da estigmatização, do distanciamento social e não raras vezes, da falta de trabalho. Essas condições que colocam a saúde do migrante em xeque e não podem ser ignoradas nas práticas dos profissionais de saúde, caso contrário, não há o que se falar de humanização dos cuidados em saúde.

Os encontros dos profissionais de saúde e usuários no ambiente de trabalho acontecem num “espaço de conversação”, logo os serviços de saúde são “redes de comunicação” complexas e dinamicamente interligadas (TEIXEIRA, 2001, 2007). A substância do trabalho em saúde é a conversa. É a conversa a matéria que se apresenta no encontro trabalhador–usuário. A realização de um trabalho em saúde depende inteiramente desta materialidade do encontro. Por exemplo, em uma unidade de saúde o que se percebe são essencialmente conversas, que quando não são exclusivamente conversas, acompanham outros procedimentos que se realizam no serviço, vindo antes, durante ou depois do procedimento. Conversa-se individualmente, conversa-se em grupo. Há conversa sem cessar nos serviços (TEIXEIRA, 2007).

Sendo assim, nesses espaços de conversação, o entendimento entre as partes é essencial, o que reforça o quanto o domínio do idioma local é necessário, para que o migrante atue nesse espaço e interaja na rede de suporte social. Nesse sentido, Ramos (2008a, p. 100) destaca que a experiência da alteridade está no “cerne da interculturalidade e da comunicação”. “A comunicação constitui um conceito integrador, o qual permite redimensionar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e as instituições, entre a sociedade e a cultura”. Com efeito, “as variáveis culturais afetam a comunicação ao nível da percepção, dos olhares, das representações e estereótipos sobre o outro, sobre os acontecimentos, ao nível dos processos verbais e não verbais”.

Deste modo, pessoas de diferentes culturas podem atribuir significados diversos às mesmas realidades e ter percepções sociais diferentes, o que poderá

acarretar incompreensão mútua, conflitos e dificuldades de comunicação. Significa dizer, que cada cultura tem o seu modo próprio de lidar com a doença e o cuidado, modos esses transmitidos de geração em geração, no ambiente das famílias, com uso de práticas, rituais, símbolos e linguagens (RAMOS, 2008a).

Tendo em vista que a comunicação é uma relação voltada à alteridade, Martino e Marques (2019, p. 26) propõe uma distinção entre os polos do “transmitir” e do “compartilhar” presentes na noção de “comunicação”. “Enquanto o primeiro aspecto ressalta a unidirecionalidade do fenômeno, entendido como a relação vertical, o compartilhar pressupõe uma relação pautada na horizontalidade”. Logo, “o compartilhar encontra, na diferença com a alteridade, sua possibilidade de existência: no momento em que se direciona para um outro diferente de si mesmo, abre-se a possibilidade de uma comunicação” (MARTINO, MARQUES, 2019, p.27).

A partir disso, se traz a colaboração de Merhy (2002) sobre o uso das tecnologias como instrumentos do trabalho em saúde. De acordo com o autor, os equipamentos, máquinas e tecnologias são ferramentas fundamentais no cuidado da saúde, no entanto, o trabalho em saúde se produz muito além dessas, pois em qualquer que seja a abordagem com a pessoa, haverá sempre uma relação estabelecida de uma pessoa atuando sobre a outra, num processo que envolve falas, escutas, trocas de saberes. É nesse sentido que o autor alega que o ato de cuidar “é uma caixa de ferramentas” constituída a partir de três tecnologias: as duras que se relacionam a equipamentos, leve duras que envolvem os saberes e conhecimentos no processo de saúde e por fim as tecnologias leves que são aquelas tecnologias de caráter relacional relações, do acolhimento, da comunicação, do vínculo e autonomia.

Aqui, importa destacar que a alteridade se faz presente no uso das tecnologias leves, estabelecidas na relação face a face, do eu e o outro. É o uso dessas tecnologias que se buscou observar no ambiente de trabalho e nas práticas dos profissionais de saúde, pois estas fogem do caráter técnico e se materializam na humanização das relações e dos cuidados em saúde.

De acordo com Merhy (2002) a finalidade última de qualquer serviço em saúde, em qualquer ação de saúde é produzir o “ato de cuidar”. Dessa forma, é possível afirmar que “todo o profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado”, ou seja, “sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos,

para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos” (MERHY,1999, p.07)

Sendo o trabalho em saúde um intercessor, um ato relacional, as tecnologias leves operam nos serviços de saúde a produção do cuidado. É o “trabalho vivo em ato” dos trabalhadores de saúde que junto com os usuários interferem nos “modos de caminhar a vida” tendo em vista a produção da saúde (MERHY, 2007). Assim, a comunicação é uma importante ferramenta para o desenvolvimento do trabalho vivo e para a horizontalidade das relações de saúde.

Para tanto, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, entre outros que participam das equipes de saúde tem ao seu dispor as tecnologias em saúde, especificamente as tecnologias leves (falas, escutas, acolhimento, vínculo, afeto, etc.) para fazer uso no cotidiano de trabalho. Tecnologias essas com grande potencial para estabelecer relações mais humanas e acolhedoras no sistema de saúde.

Assim, neste momento, traz-se para dentro da abordagem a forma como é feita a utilização dessas tecnologias durante o atendimento dos migrantes, uma vez que são por meio das tecnologias leves que a alteridade pode ser desenvolvida. Desse modo, procura-se relatar algumas vivências entre os profissionais de saúde e os migrantes quanto à recepção nas unidades, ao acolhimento, vínculo, fala, escuta, sensibilidade, afetividade e responsabilização.

Quando os migrantes chegam as UBS/ESF estes permanecem em uma sala de espera coletiva onde aguardam os atendimentos dos profissionais de saúde. Muitas vezes a pesquisadora já estava dentro da sala de acolhimento aguardando a chamada dos migrantes, pois como tinha acesso ao agendamento prévio informado pelos técnicos de enfermagem, sabia quem viria naquele momento e qual era a finalidade da procura do serviço de saúde. Outras vezes ficava na sala de espera junto com os pacientes brasileiros e migrantes. Aqui é interessante destacar a boa relação entre brasileiros e migrantes, pois ao longo do processo não se percebeu preconceito, distanciamentos físicos, isolamentos, mas pelo contrário, uma abertura e sorrisos dos locais, principalmente quando os migrantes estão acompanhados de crianças. O resguardo e a introspecção são mais por parte dos migrantes do que dos brasileiros propriamente.

Em seguida, os usuários são submetidos ao acolhimento, sendo esta uma diretriz da Política Nacional de Humanização que faz parte de todos os encontros do

serviço de saúde e que exige uma postura ética dos profissionais na escuta das queixas dos usuários. Desse modo, o acolher é um compromisso de resposta às necessidades das pessoas que procuram o atendimento nos serviços de saúde. Nos encontros observados, assim que abre a porta da “sala do acolhimento” (local denominado nas UBS/ESF), o técnico de enfermagem chama o paciente no caso o migrante pelo nome, cumprimenta-o, sorri e enquanto conduz até a sala, pede como está, se tem criança junto pergunta se o bebê está bem e a partir daí a conversa flui, desde que o idioma não seja fator impeditivo ou dificultador. Isso demonstra a abertura dos profissionais de saúde em direção ao outro, o seu interesse e desejo de estabelecer a conversa, o vínculo e de querer ajudá-lo. No acolhimento, os técnicos de enfermagem fazem o controle de peso e da pressão arterial dos pacientes e lançam esses dados no sistema informatizado para o acesso dos demais profissionais na realização de outros atendimentos.

A partir disso, é oportuno destacar, que a primeira ação que os profissionais de saúde devem realizar ao receber uma pessoa que procura o cuidado de saúde é prestar-lhe o acolhimento. O acolhimento expressa a relação e o diálogo entre o eu e o outro e aponta para o desafio cotidiano da alteridade. Para Coelho, Jorge (2009, p. 1525) “o simples fato de darmos boas-vindas estará abrindo um leque para o usuário relatar com confiança suas reais necessidades de saúde”. Isso reforça a importância da consolidação do “acolhimento-diálogo” definido por Teixeira (2007).

Para Teixeira (2007, p. 101), o acolhimento também pode ser visto como “uma espécie de mola-mestra da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde”, o qual “cada nó da rede corresponde a um encontro, um momento de conversa envolvendo uma série de atividades técnicas específicas (incluindo várias técnicas de conversa)”. É “um autêntico espaço coletivo de conversação”.

A partir de Ayres *et al.* (2006) o ato de acolher, a atividade de recepção deve ser um espaço de reconhecimento das necessidades dos usuários, consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização dos problemas de saúde. Acolher significa receber bem, ouvir a demanda, respeitando o momento existencial de cada um. O acolhimento deve, portanto, “construir uma nova ética, da diversidade, da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica humanizada e solidária, comprometendo-se com a questão da cidadania. O

acolhimento é humanização, não é uma atitude mecanicista e fria nas ações de saúde” (AYRES *et al.*, 2006).

A maioria dos migrantes que passam pelo acolhimento tem consulta médica agendada e em alguns casos, somente vem para o controle da pressão arterial e de glicose. Após o acolhimento, os migrantes aguardam na sala de espera enquanto o médico chama para a consulta. Ao sair da sala, o médico vem até a porta do consultório, já outro médico vem até onde o migrante está, chama pelo nome, pergunta como está e dentro da sala dá início no atendimento. A pesquisadora já havia combinado com os profissionais de acompanhar as consultas, dessa forma, enquanto profissional e o migrante se dirigem até a sala, ela acompanhava. E assim se sucedeu durante todas as consultas acompanhadas nas duas UBS/ESF.

Durante as consultas, as tecnologias leves mais utilizadas foram a acolhida, o diálogo, a escuta, a troca de experiências, o envolvimento, a atenção e o afeto. Neste momento, se os migrantes têm algum exame para mostrar, o médico faz a interpretação e explica de maneira simples e atenciosa os resultados do exame e quais cuidados que o migrante precisa adotar a partir deles, em termos de alimentação, atividade física e medicamentos a usar. Em outras consultas, o que se presenciou, são migrantes que recorrem ao atendimento médico, queixando-se dores de cabeça, estômago, nos braços, nas pernas, no dorso, etc., sendo algumas em decorrência das atividades repetitivas que realizam, em especial, nos frigoríficos. Nesses casos, as posturas médicas também se dão pela atenção, cuidado e responsabilidade.

As consultas tendem a ser rápidas quando o migrante domina o idioma local, ou vem acompanhado de alguém que auxilia na tradução, repassando as informações do paciente para o profissional e vice versa. No entanto, como será visto mais adiante em outros relatos, a dificuldade de comunicação entre as partes, acaba comprometendo o diálogo, o vínculo e o próprio atendimento.

Outro aspecto que se destaca é quanto ao empenho do profissional, que atua como diferencial e essencial para o êxito das relações com o outro, seja ele brasileiro ou migrante. O grau de interesse em identificar as necessidades das pessoas e de auxiliar na sua resolutividade é a medida da abertura e da responsabilidade que eu oferece ao outro. De outro modo, o que se observa é que o empenho pode ir além da ação puramente profissional.

Essa situação foi presenciada num encontro que ocorreu entre um enfermeiro e um migrante, que além de fazer os agendamentos dos atendimentos dos pacientes, recebeu o currículo do migrante e de sua esposa, a fim de tentar entre seu círculo de amigos e conhecidos, encaixá-los em alguma vaga de trabalho. Esta atitude chama atenção, pois a ajuda e atenção do profissional vai além de acolher no sistema de saúde os migrantes e de cumprir com a sua responsabilidade prestacional enquanto servidor público, como em ajudá-los a se inserir no mercado de trabalho e na sociedade, provocando assim o reconhecimento da pessoa do migrante e o respeito a sua dignidade. Dá importância do trabalho na vida das pessoas não há o que ser considerado, mas especificamente para os migrantes, o trabalho representa a ascensão no processo de mobilidade.

Em outra situação, o enfermeiro relatou que uma migrante vindo de outra cidade procurou o atendimento na saúde em decorrência da sua gravidez. Ocorre que além da gravidez outra situação preocupou o profissional, o estado de desnutrição dela e de seus filhos. Frente a isso, de imediato mobilizou os colegas para arrecadar alimentos para essa família, já que a migrante não conseguia adquirir nem o leite para a criança. Em suas palavras, *“como que não vamos nos importar com uma pessoa que passa fome e ainda mais com crianças”, “imagina essa dificuldade somada a gravidez”. “Muitos dos migrantes chegam aqui e não tem nem o que comer, se via eles comendo frutas de árvores plantadas nos passeios públicos”*.

Sendo assim, o enfermeiro demonstrou a sua disponibilidade de ajudar e ainda dizendo que *“sempre ajudo quando posso, tento encaixar eles em algum trabalho, seja o que for pra eles não ficarem desempregados. Tenho também, currículos de outros migrantes, que estão na mesma situação. É o mínimo que podemos fazer”*. Exemplos de empenho, sensibilidade e solidariedade como desse profissional serão relatados na abordagem dos Agentes Comunitários de Saúde, considerados nesta pesquisa os principais agenciadores de encontros na territorialidade e atuam como construtores de pontes de alteridade com os migrantes. Os encontros desses profissionais com a população migrante merecem destaque na sua eficiência na hospitalidade e na inclusão social dos migrantes na política pública de saúde.

A partir da discussão do uso das tecnologias leves, tecnologias que levam a estabelecer uma relação mais próxima com o outro e a própria alteridade, pode-se

afirmar que as UBS e ESF são locais favoráveis para os profissionais de saúde fazer delas. Como localização está próxima da comunidade, os profissionais de saúde acabam conhecendo os moradores da área delimitada possibilitando o encontro com as pessoas em um contexto de intersubjetividade e responsabilização. Quando as pessoas chegam às unidades, elas são saudadas pelo nome, conhecem os familiares e situação de saúde de cada um, o que não é diferente na pessoa do migrante, sabem de que país vieram, onde estão morando, se trabalham, se tem filhos, os problemas de saúde e assim por diante.

Essa aproximação com a população em geral acaba fortalecendo o vínculo e a confiança entre os profissionais e os migrantes e o uso das tecnologias leves permite produzir relações humanas e acolhedoras entre as partes, por meio de responsabilidade e respeito pelas diferenças e à dignidade de cada ser humano, o que garante por sinal, a universalidade e a integralidade que tanto se busca nas práticas de saúde. A existência de contatos mais frequentes com a população é condição facilitadora nesse processo, além da equipe de saúde poder realizar ações no domicílio dos usuários. A aproximação cria uma condição de igualdade e afetividade.

As demandas que emergem para os profissionais de saúde têm apontado que o trabalho não pode ser uma simples reprodução de técnicas, conhecimentos, impessoal, destituído de alegria, afeto, respeito, e solidariedade. “Ele tem que produzir vínculos entre os vários protagonistas—usuários, trabalhadores e instituições – ou seja, ele precisa ser produtor de um tipo de acolhimento que potencialize as pessoas, os processos de trabalho, contribuindo para mudanças na concepção da saúde” (LIMA *et al.*, 2005, p. 65).

O cuidado humano presume solidariedade. Logo, a responsabilidade é vista como um laço ou vínculo que estabelece interdependência entre pessoas. Vínculo recíproco de pessoas ou coisas independentes, sentido moral que vincula o indivíduo à vida, aos interesses e às responsabilidades de um grupo social. É uma relação de responsabilidade entre pessoas unidas por interesses comuns de maneira que cada um se sinta na obrigação de apoiar o outro (FERREIRA, 1999 apud BETTINELLI, WASKIEVICZ, ERDMANN, 2003, p. 236).

A presença solidária do profissional é transmitida pelo olhar compreensivo, atento, sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano, sentimentos de guarida e confiança (BETTINELLI, WASKIEVICZ, ERDMANN, 2003, p. 236).

Citando Bettinelli (2001) “ser solidário é demonstrar flexibilidade, e trabalhar com e nas diferenças, é ter disponibilidade para com o outro”. “É um ato desprovido de preconceitos e julgamentos, a solidariedade ética é respeito ao corpo do paciente, a sua individualidade, intimidade, seu espaço e suas crenças”.

Dessa forma, a saúde por ser um lugar de encontros implica, por sua vez, “ser um lugar de exercício da alteridade”, que além do processo de reconhecimento do outro e de suas diferenças, singularidades e saberes, também desafia a considerar a lógica do outro, o seu “ponto de vista” e a legitimar o seu conhecimento, suas necessidades e demandas de saúde. Desafia ainda, a integrar a voz do outro nos processos de escolha e decisão no cotidiano das práticas de cuidado (GUERRERO *et al.*, 2013).

Do mesmo modo, Ramos (2008b) adverte que é necessário repensar as relações e as formas de comunicação entre profissionais/paciente, uma vez que diante de um modelo comunicativo unilateral, vertical, baseado unicamente na transmissão do profissional como possuidor do saber a um receptor passivo, destituído de saber, é preciso contrapor um modelo interativo, que leve em conta os saberes e o contexto sociocultural do paciente e que permita ser compreendido.

Assim, o cuidado com a saúde do migrante deve ir além da técnica, ele precisa ser um cuidado solidário, afinal, se está diante de um sujeito fragilizado socialmente. É preciso ser sensível e compreender que atrás do paciente, do usuário da saúde, está uma pessoa, um ser humano merecedor de dignidade e respeito. O cuidado é a extensão da alteridade, de importar-se com o outro.

Nas palavras de Lima *et al.* (2005, p. 65), “o vínculo que se produz no cuidar solidário é criado na relação entre iguais humanos que reconhecem necessidades desiguais, tais como as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na integralidade do cuidado”. Assim, é preciso “resgatar uma forma de cuidar, cuja mediação se faça pelo contato, pela comunicação, pelo afeto, pela possibilidade de reconhecer-se e colocar-se no lugar do outro e também pelo respeito às diferenças de conhecimento de práticas e nos modos de ver e viver a vida”, o que permite, “a possibilidade de, no encontro, conhecer o que o outro pensa, deseja e do que diverge. O cuidar solidário exige reciprocidade, o reconhecimento do outro como um igual em orgulho, em sentimento, afeto e dignidade”.

Para Eulálio, Santos e Albuquerque (2009, p. 714), o ouvir, o conversar e o olhar carinhosamente podem fluir naturalmente na conquista da confiança do

usuário, sem inviabilizar a técnica necessária ao atendimento. O toque pode ser compreendido “como “toque terapêutico”, num sentido físico e psíquico, pois age não só no corpo do indivíduo, mas atinge suas emoções, promovendo cura e bem-estar”.

Se por um lado se cobra e se faz necessária uma assistência humanizada na área da saúde, por outro em muitas instituições públicas e privadas, há pontos suficientemente negativos que minimizam a qualidade do cuidado. Está no desrespeito à vida, no descaso com a dor alheia²⁶, na banalização com o sofrimento, no autoritarismo dos administradores, médicos, no abuso de poder, nas indiferenças aos direitos dos pacientes e usuários (GIORDANI, 2008, p. 24). O migrante ao se deparar com essas situações eles têm um duplo sofrimento: o sofrimento que lhe impulsiona a procurar o serviço de saúde e sofrimento que lhe é causado pelo desprezo, pela indiferença, pela rejeição.

Nesta linha, Boff (2014, p. 103) parte do sentimento e diz que “o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim”. Estamos diante de um modo de ser mediante o qual “a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude”. Logo, num segundo sentido, “a atitude e cuidado provoca preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade”.

Para o autor, o cuidado sempre acompanha o ser humano, por que ele nunca deixará de amar e desvelar por alguém, nem deixará de se preocupar e de se inquietar com a pessoa que ama. Se assim não for, não se sentiria envolvido e mostraria negligência pela vida da pessoa que ama. Por sua vez, “revelaria indiferença que é a morte do amor e do cuidado” (BOFF, 2014, p. 104).

O que move as relações é o sentimento e assim acontece com as relações humanas que se estabelecem durante as práticas de saúde. Para Boff (2014) é o sentimento que nos faz sensíveis por aquilo que está a nossa volta, que nos leva a gostar ou desgostar, acolher ou rejeitar, esta ou não implicado com a vida, a saúde, a felicidade e o nosso trabalho. No entanto, o sentimento tem a capacidade de nos unir/desunir as coisas, nos envolver com as pessoas, produzir ou não a solidariedade, o vínculo, o encantamento e o aconchego. É o sentimento que dá

26 Aqui inclui-se a dor física, psíquica e espiritual, todas atingem graus e intensidades diferentes, que vai desde uma cólica renal, a perda de um ente querido, alguma injustiça sofrida, agressões, etc. (Giordani, 2003; 2006. Mezzomo, 2003 apud Giordani, 2008, p. 24)

valor e significância as coisas, situações e pessoas. A partir disso, destaca-se que no trabalho em saúde, o sentimento deve ser produtor de cuidado.

Em contextos de saúde, a instalação de um clima de confiança e de compreensão entre doentes e os profissionais perpassa pelos gestos, palavras acessíveis e simples, pelas atitudes, pelo diálogo e pela comunicação com o outro, exigindo conhecimento e respeito pela diversidade, mas acima de tudo por atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia em relação à pessoa e às situações que lhe acompanham (RAMOS, 2008a).

Depara-se aqui com a empatia, competência fundamental nas relações que implica num movimento de se colocar no lugar do outro. As dificuldades que os profissionais de saúde têm em instituir uma relação compreensiva, afetiva e empática desencadeiam um distanciamento e conduz práticas mais técnicas, desumanizadas e impessoais com o paciente. A empatia é o fermento que move toda a massa da alteridade e conduz a humanização dos cuidados em saúde.

Afinal, “o rosto enuncia e apresenta o sofrimento e a agonia de um outro que nos interpela” (MARQUES, MARQUES, 2017, p. 47). Logo, “a potência política do rosto está em sua capacidade de nos colocar em contato com, de nos deslocar para as fronteiras da alteridade, do sofrimento e da alegria alheia” (MARQUES, MARQUES, 2017, p. 57).

Sempre é bom se perguntar como anda a dignidade humana nas instituições de saúde e mais especificamente, a que posição essa mesma dignidade tem sido colocada na organização e execução das ações de promoção à saúde. Estariam os migrantes em outros contextos sendo respeitados em sua dignidade? “Treinar nossa sensibilidade no trato com o semelhante, com sua história e expectativa talvez nos ajude a conhecer melhor o ser humano que há em nós e no outro” (GIORDANI, 2008, p. 178).

A sensibilidade é a fruição do sentimento, da efetividade, onde tremula o egoísmo do eu. É a fruição onde parece tocar o outro a partir do contato e da aproximação deste (LÉVINAS, 1980). Na saúde, é esta sensibilidade que move os profissionais de saúde a olhar o rosto do outro, a expressar a afetividade pelas pessoas e é na aproximação com o migrante que o diálogo dá início a um trabalho de compreensão e envolvimento do eu com o outro.

Sendo o cuidado um ideal ético, em situações de descaso, a sensibilidade idealizada no cuidado dá lugar a atitudes desumanas na saúde. No entanto, Sá

(2001) se refere ao cuidar satisfatoriamente do outro como perceber o imperceptível, ou seja, é preciso olhar, ouvir as necessidades não verbalizadas pelo paciente, mas expressadas em gestos, olhares, palavras balbuciadas e outras mensagens corporais. Dessa forma, essa percepção apurada pode levar ao caminho daquilo que estava faltando para o paciente, se sentir melhor, ir para casa satisfeito, de maneira tranquila, o que se dá através do que Giordani (2008, p. 92) define como “outros eficazes remédios” que aliviam a dor, acalmam e confortam, e que não são encontrados em farmácias ou produzidos por indústrias farmacêuticas multimilionárias”.

Para tanto, nas relações que se estabelecem no interior dos serviços de saúde podem ocorrer encontros e desencontros, ruídos e estranhamentos. A relação trabalhador-usuário deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999). Por outro lado, “resgatar a humanidade do atendimento de saúde é ir contra a violência”, já que esta representa “a antítese do diálogo, a negação da pessoa e de suas necessidades.” A humanização é opositora da violência, seja física e psicológica expressa nos maus tratos ou simbólica, que se caracteriza pela dor de não ter compreensão de suas demandas e expectativas (GIORDANI, 2008, p. 64).

No contexto de migrações, o desafio que se impõe é o de cuidar da formação de profissionais da saúde, para que uma educação permanente em saúde ocorra e permita que estes ampliem os modos de cuidar e agregar a sua atuação profissional. Somente assim teremos um espaço com outros olhares, que além de valorizar as práticas e saberes terapêuticos que os migrantes trazem consigo, sejam capazes de buscar estratégias clínico-institucionais abertas ao diálogo com a diferença. É um grande desafio político, clínico e pedagógico proporcionar uma formação “culturalmente sensível”. A saída está em investir na formação de pessoas que possam compreender a experiência de mal estar dos migrantes, devolvendo-lhes a dignidade sem patologizar a diferença e sem negar o sofrimento (KNOBLOCH, 2015, p. 172-173).

Na mesma linha, Carvalho, Freire e Bosi (2009, p. 862) observam que “a reconstrução das práticas de saúde, a partir da humanização da assistência, somente será possível se antes os próprios profissionais passarem por um processo de reflexão crítica e de abertura à presença do outro”, sendo “elementos-chave para a exigência ética de uma atitude de cuidado para com o outro”. Há uma urgência por

uma “nova cultura de atendimento” no campo da saúde, ou seja, de “uma nova atitude de cuidado para com o outro, que se abra ao encontro e ao diálogo com a alteridade”.

No entanto, além de profissionais envolvidos com as demandas que se apresentam, vale também para todos os envolvidos na política pública de saúde, gestores, administradores, secretários municipais, centros de ensino atuar em ações conjuntas que oportunizem melhoria na qualidade dos serviços e na formação do profissional para saber cuidar das pessoas (MEZZOMO, 2002).

De todo modo, o acolher e a inclusão social do migrante devem estar entre as principais finalidades das ações da política pública de saúde. No entanto, as práticas de saúde observadas manifestam essa preocupação e reforçam a ideia de que o ambiente da política pública de saúde é um espaço profícuo para estabelecer encontros, diálogo e relações de alteridade e inclusão social do migrante.

Dessa maneira, “a inserção parte do pressuposto de apreender o sujeito e auxiliá-lo a encontrar caminhos para que ele tenha autonomia nessa sociedade destino. Respeitar as diferenças entre os costumes e cultura demonstra humanidade com o indivíduo”, até por que, “o migrante quando chega no país receptor tem consciência de que naquele lugar ele será o outro, então parte do acolhedor lhe mostrar que ser o outro não o excluirá” (PEREIRA, COTINGUIBA, SOUZA, 2019, p. 157).

Acredita-se que a partir do momento que o migrante é reconhecido pelos profissionais de saúde e integrado com igualdade nas ações de promoção da saúde e do cuidado, estamos diante da humanização das relações. O acolher com dignidade, respeito, empatia pelo outro, longe do preconceito, da discriminação e, o olhar interessado em solucionar os problemas de saúde dos migrantes, mesmo que o caminho não seja tão simples assim, são atitudes e valores que atuam como tijolos que edificam as pontes de alteridade entre o eu e o outro na área da saúde.

Por fim, para além das percepções quando do atendimento dos migrantes nas práticas de saúde das UBS/ESF, duas categorias emergiram fortemente, sendo elas: o idioma e o atendimento das migrantes gestantes, que se trata a seguir.

4.1.1.1 Muros da comunicação e a necessária universalidade da saúde

Os encontros se fortalecem por meio do diálogo e da comunicação entre sujeitos. E assim, são com os encontros que ocorrem no espaço da política pública de saúde, nas UBS/ESF ou nas visitas domiciliares onde se dão as relações entre o eu e o outro. Nestes encontros é possível se deparar com muitas diferenças, entre elas está a língua, uma diferença que ocorre mesmo entre os brasileiros e, torna ainda mais visível na presença de um migrante.

É nesse sentido que se pode afirmar, que “a linguagem é uma faculdade única do ser humano e se desenvolve na relação com o outro”, na medida em que é “uma construção em grupo e individual e assim, forma a realidade social e histórica, e contribui para que haja um entendimento ao se estabelecer uma comunicação por meio dos signos linguísticos” (PEREIRA, COTINGUIBA, SOUZA, 2019, p. 155).

Em se tratando de uma sociedade globalizada, esta “exige uma abertura que ultrapassa as esferas socioeconômicas. Na verdade, é pela linguagem que os homens interagem nos espaços sociais” (PESSOA, 2007, p. 01). Segundo Calvet (1999) utilizado por Pessoa (2007, p. 01), “não são os homens que existem para servir às línguas, mas são as línguas que existem para servir aos homens”.

Dessa perspectiva, decorre a importância de se abordar a linguagem como fator facilitador (e às vezes nem tanto), na prestação dos serviços da saúde, como é o caso quando ocorrem os encontros entre operadores de saúde e os migrantes. O idioma é um dos principais obstáculos que acompanha a nova instalação do migrante, pois quando o migrante chega, não somente na rede de saúde como em todos os segmentos da sociedade, o idioma português é o principal canal de comunicação.

Assim, inicia-se a discussão problematizando as barreiras linguísticas que os profissionais de saúde, operadores da política pública de saúde enfrentam no momento que recebem os migrantes quando do seu acesso à saúde, esperando chamar atenção para a necessidade e urgência de pensar ações na política pública voltadas a sanar este impasse, uma vez que o idioma, pode se tornar um mecanismo de exclusão para aqueles que não têm acesso a ela.

Partindo desta premissa, o idioma é tanto inclusivo como exclusivo do meio social. Como observa Warschauer (2006, p. 24) a inclusão e exclusão social estão ligadas à “extensão pela qual indivíduos, famílias e comunidades são capazes de

participar plenamente da sociedade e de comandar seus próprios destinos, levando em consideração diversos fatores relacionados a recursos econômicos, emprego, saúde, educação, moradia, lazer, cultura”. Daí a importância do idioma na inclusão do migrante no sistema de saúde.

O autor ainda destaca outro aspecto importante a ser considerado quando se trata de inclusão social, que no seu entendimento tal fenômeno não está relacionado apenas à divisão direta de recursos e bens, mas às oportunidades que são oferecidas aos indivíduos para que possam alcançar a inclusão. No entanto, a inclusão só ocorre quando indivíduo e coletividade assumem, interação em matéria de identidade, linguagem, participação social, comunidade e sociedade civil (2006, p. 25). Nota-se, por conseguinte, que a inclusão social do migrante só existe se houver a interação proporcionada pela compreensão do mesmo idioma.

Em 2015, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) constatou que o idioma é o principal obstáculo para o acesso a direitos e serviços, seguido pelos impasses de documentação e da falta de informações. A pesquisa foi realizada entre as instituições e os migrantes, na busca de informações sobre os obstáculos enfrentados pelas partes ao acesso aos serviços públicos e direitos.

A relevância do fator idioma no processo de integração dos migrantes leva a questionar o que as esferas públicas têm adotado ou podem adotar em termos de políticas públicas para sanar o problema da comunicação, como forma de garantir a equidade à população migrante no acesso a direitos e serviços, considerados fundamentais para o bem-estar de qualquer ser humano.

Outra questão que se aponta é que a dificuldade quanto o idioma, tanto por parte dos migrantes que chegam em busca de atendimento, quanto de quem os atendem nas UBS, ou mesmo durante as visitas domiciliares com os ACS, acaba comprometendo princípios da política pública de saúde, como a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade no sistema de saúde. Tal impasse configura um muro ou barreira para o acesso aos direitos e não ponte de diálogo e inclusão, pois “a inclusão social implica participação ativa no grupo social pautada no respeito à diversidade individual e à pluralidade cultural (MAZZOTA, D’ANTINO, 2011, p. 387-388).

De fato, o sujeito migrante ao chegar à sociedade de instalação, muitas vezes em situações de vulnerabilidade, depara-se com a necessidade de interagir em diferentes atividades sociais, que vai desde questões mais informais e rotineiras do

dia a dia até questões mais burocráticas e formais. Assim, à medida que se integra nas práticas de cidadania, o fator linguístico se torna um elemento fundamental em suas interações (OLIVEIRA, SILVA, 2017).

Neste sentido, Satalecka (2011) destaca que a falta de possibilidade de se comunicar na língua do país de instalação pode ser a razão de problemas sentidos pelo migrante após a sua chegada. Ao não ser capaz de criar laços com a sociedade e inserir-se nela, por outro lado, pode ser razão de vários tipos de comportamentos negativos de parte da sociedade receptora, desde a indiferença até à relutância e aversão. Além disso, traz a observação de Neto (1997) do ponto de vista da psicologia intercultural, visto que, o desconhecimento da língua é um dos fatores que interfere no estado dos recém-chegados e pode produzir o stress de adaptação que acarreta uma redução na saúde dos indivíduos, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais (apud SATALECKA, 2011, p. 24-25).

A comunicação é essencial para o migrante permear a sociedade por onde transita.

A comunicação dentro de uma comunidade é de extrema importância não apenas para conseguir realizar objetivos desejados como arrumar um novo emprego, mas também para entender como se dá os relacionamentos interpessoais naquele contexto. A forma de falar, as pessoas com que se fala, as situações em que são necessárias específicos tipos de linguagem apresentam parte importante para o migrante do que é essa nova cultura em que ele está vivendo. A língua é a ponte de acesso para sua inserção. Não só como a primeira aproximação com a cultura e o lugar, a língua é uma das formas de se interagir nessa sociedade (PEREIRA, COTINGUIBA, SOUZA, 2019, p. 157).

Como afirma Oliveira, Faneca e Ferreira (2007, p. 6-7) “a existência humana caracteriza-se pelo seu carácter social e socializante”. O homem, desde sempre, tem “a tendência a organizar-se em sociedade, criando relações de interdependência que garantem a sua sobrevivência”. Ora, “um dos fatores mais importantes, e que possibilita esta vivência em comunidade, é a comunicação, e especificamente a comunicação verbal possibilitada pela utilização da linguagem”.

Para os autores, as línguas como marcas dessa capacidade de linguagem e de pensamento, desempenham um papel fundamental na coesão e na organização social. Precisamos da língua para interagir com as outras pessoas, para exercer uma profissão, para receber e transmitir conhecimentos, expressar opiniões e sentimentos, para pedir informações, “entre tantas outras funções que não são só

comunicativas, mas antes também afetivas, cognitivas e socializantes” (OLIVEIRA, FANECA E FERREIRA, 2007, p. 6-7).

É nesse sentido que se destaca a fundamentalidade de se compreender o que o migrante fala, sente, deseja, procura nos serviços públicos de saúde e a dificuldade que os profissionais de saúde enfrentam no atendimento de migrantes que não dominam a língua local. Logo, o aspecto afetivo, socializante entre o eu (profissionais de saúde) e o outro (migrante) é comprometido pelo não entendimento do idioma. O vínculo tão necessário entre os profissionais da política pública de saúde e os migrantes acaba fragilizado ou nem mesmo se perfectibiliza. Não generalizando os encontros que ocorrem na saúde, a ausência de conexão entre as partes foi presenciada em muitos momentos, recaindo diretamente na garantia do direito à saúde e na qualidade do atendimento.

A língua, segundo Grosso (2010) tende a ser um elo de interação afetiva e a primeira forma de integração social. Na mesma linha, Sá (2015), menciona que a comunicação, em particular, a prática do idioma, ao inserir os migrantes no meio social, possibilita que estes desenvolvam laços com novos atores. Isto ocorre também com os profissionais de saúde, quando há a compreensão entre as partes, estas se sentem envolvidas e comprometidas umas com as outras, estreitam-se os laços de afetividade e a humanização da saúde é fortalecida.

A afetividade, o comprometimento, o respeito, o interesse em ajudar está presente nas ações observadas junto aos profissionais de saúde, no entanto, quando se depara com a diferença de idioma, existe um limbo entre quem presta o serviço e o migrante que chega desejando ser atendido, o que para Ramos (2008b) a comunicação ao ser reduzida cria “um muro de silêncio” entre o profissional de saúde e o migrante/usuário.

A partir das observações, pode-se afirmar que há um descompasso, um vazio, a certeza de algo inacabado, um misto de silêncio e angústia tanto do migrante como dos profissionais de saúde. Muitas vezes, o migrante sai da UBS/EFS sem entender o que foi falado, descontente e os profissionais de saúde ficam com a insatisfação de não poder compreender e ajudar o migrante. Mas como já referido, estas situações não generalizam as relações com os migrantes, pois também foram muitas, as situações presenciadas em que o migrante dominando ou compreendendo a língua portuguesa, conseguiu expressar os sintomas, descrever seus males e queixas, entender o que os profissionais de saúde falavam e interagir

com os mesmos, culminando numa satisfação tanto parte do profissional como do migrante, o que gera um atendimento ágil, eficaz e de qualidade.

Nas falas médicas é comum ouvir que é *“um atendimento bem complicado, por que a gente não consegue entender o que eles falam, estão sentido, qual a sua dor. Isso não gera um bom atendimento, por que os pacientes não entendem o que eu falo e nem eu o que estão falando, o que dificulta muito para toda a equipe. A atenção, o cuidado é o mesmo com todos os pacientes, só que o atendimento acaba se diferenciando pela comunicação e o esforço que se exige para prestar um atendimento de qualidade”*.

É importante acentuar que “uma ética de cuidados implica ter em conta a cultura do migrante”, dar a este explicações sobre a sua doença, as medidas protetoras, as prescrições às quais se deve submeter, os medicamentos que deverá tomar, “numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão”. O analfabetismo, não domínio da língua, desconhecimento da cultura do país de acolhimento originam dificuldades na comunicação e nas relações com diferentes estruturas de apoio e com os profissionais de saúde, tornando, por vezes, “as formalidades administrativas quase impossíveis e suscitando medo e vergonha por não conseguirem comunicar, assim como, desencorajamento e dificuldades de acesso aos serviços”. Nesta situação, “as barreiras culturais e linguísticas, geram grandes problemas, não só a estes grupos, como aos próprios profissionais de saúde” (RAMOS, 2008b, p. 04-05).

O que se observa é que muitos profissionais de saúde (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, ACS) aplicam diferentes maneiras na tentativa de estabelecer uma comunicação efetiva com o migrante. Utilizam-se, por exemplo, de gestos, mímicas para tentar compreender as necessidades dos usuários e repassar as informações técnicas. Os migrantes quando não dominam o português costumam falar muito por gestos, apontam com a mão para a parte que está doendo, o que se leva a destacar a importância da comunicação verbal ou não verbal. *A gente tenta se comunicar com eles de toda maneira, para ajudá-los no que precisam. A gente atende eles como os nossos usuários, com a mesma atenção, só que o atendimento vai até aonde a gente consegue ir com eles*, relata um técnico de enfermagem. Outro técnico de enfermagem revela que muitas vezes *“se sente angustiado com os atendimentos prestados aos migrantes”*, um atendimento fragmentado por que o encontro fica pouco acolhedor e desumanizado em decorrência da falta de comunicação eficaz.

Apoiado em Grosso (2007, p. 04), no contexto de acolhimento, a aprendizagem da língua alvo “desenvolverá as competências necessárias com o objetivo de fomentar a igualdade entre todos os cidadãos, reduzindo-se as desigualdades com a população de acolhimento”. Reiterando o que foi observado no ambiente de trabalho das UBS/ESF e nas visitas domiciliares, o tratamento dos profissionais de saúde dispensado aos nacionais e aos migrantes é o mesmo, no entanto, o que se destaca aqui é a equidade para se alcançar o mesmo acesso à saúde, no qual o idioma é uma dessas condições.

A redução ou a eliminação da barreira linguística pode ser uma questão considerável e fulcral, mas não se pode esquecer que há outros fatores que condicionam a integração do migrante e o acesso à participação na sociedade. Com base nesta premissa, Satalecka (2011, p. 27) destaca a responsabilidade do Estado com os migrantes, que deve “incluir nas políticas a questão de língua, apostando tanto no apoio de tradutores, como também disponibilizando o curso de língua do país”, pois se assim se deseja a efetivação dos direitos “é importante que se encontrem as soluções para os problemas de língua”, lembrando que a língua é “uma das componentes importantes das medidas de integração, mas não a única”. O Estado ao assumir o papel de proporcionar respostas e medidas de integração, “deve também ocupar-se do tema da eliminação das barreiras linguísticas para assegurar a justiça”.

Dominar a língua na sociedade de instalação se apresenta como uma necessidade e não como uma escolha. Porém, esta adaptação não ficar restrita apenas aos migrantes, mas por parte das instituições, dos órgãos públicos também. Para Oliveira, Silva (2017, p. 133), em um cenário de migração rápida e crescente, “garantir a integração e a inclusão social das populações migrantes tem constituído um dos maiores desafios às sociedades contemporâneas”, ao destacar que “o movimento de pessoas traz consigo o movimento de línguas”.

Assim, “o crescimento exponencial da mobilidade humana teve como resultado mudanças no cenário linguístico dos Estados-nação”. Por sua vez, frente a “esse inevitável mosaico linguístico”, os Estados “precisam responder ao desafio de atender à diversidade de línguas trazidas pelos sujeitos que as falam”, o que não é diferente nos locais de prestação dos serviços públicos de saúde.

De acordo com dados do IPEA (2015) os estados vêm sofrendo dificuldades na prestação dos serviços públicos devido ao idioma, o que se confirma durante a

pesquisa de campo. Outro impasse que o Instituto destaca é que a maior parte da população brasileira não domina um segundo idioma, o que reflete no atendimento dos migrantes em locais públicos. Dentre os obstáculos institucionais levantados pelo IPEA, além do idioma, está “a falta de recursos humanos (que prejudica a qualidade do atendimento bem como o levantamento de dados específicos sobre migrações e imigrantes no país)” e “a falta de capacitação (sobre os temas migratórios, sobre as peculiaridades dos imigrantes e também sobre as diretrizes e regras da migração e dos direitos humanos no país)” (IPEA, 2015, p.151).

Essa barreira aparece claramente na fala do recepcionista de uma das UBS/ESF acompanhada, “*a gente não se entende*”, em momento em que um migrante chega e tenta se expressar, solicitando algo com gestos e mostrando documentos, mas, no entanto, a diferença linguística não permite a compreensão do que o migrante deseja nem mesmo a realização do atendimento.

A língua configura um instrumento de acesso aos direitos e oportunidades, o que para Grosso (2010, p. 70) “além da língua, a partilha e compreensão de comportamentos, atitudes, costumes e valores exigem um trabalho conjunto de ambas as partes, abrangendo os que chegam e os que acolhem”. Para a autora, a proficiência na língua local interliga a realidade socioeconômica e político-cultural em que se encontra. O desenvolvimento da competência comunicativa serve como base de diálogo para uma cidadania plena e consciente.

O estabelecimento do diálogo possibilita “ultrapassar a tendência de se fechar sobre si mesmo” e “abrir-se à compreensão dos outros” (DELORS, 2010, p. 42). Essa ultrapassagem do eu ao encontro e compreensão do outro, nem sempre é possível no decorrer dos atendimentos dos migrantes, sendo necessário o auxílio de outro migrante para fazer a tradução aos profissionais de saúde, seja durante falas e questionamentos sobre informações na recepção, no acolhimento e durante as consultas médicas, traduzindo para o profissional os sintomas, dimensão e localização de dores. Nestas situações, sem a participação de um migrante intermediário e interlocutor seria impossível a aproximação e compreensão das partes envolvidas, o migrante não sabendo se expressar corretamente seus sintomas e males e, na ausência dessas informações as orientações dos profissionais são prejudicadas, podendo o migrante ser privado de um tratamento adequado ou submetido a cuidados incorretos, como também ocasionar ansiedade e angústia diante dessa diferença presente entre as partes.

No decorrer da pesquisa de campo, esta situação foi presenciada várias vezes no ambiente de trabalho das UBS/ESF e nas visitas domiciliares com os ACS, ou o migrante chega já acompanhado de um amigo intérprete ou na ausência dele e na sua necessidade, os profissionais de saúde pedem auxílio entre si ou se deslocam até a sala de espera, corredores a fim de verificar se há algum migrante que possa ajudá-los na tradução.

Algumas situações observadas demonstram a relevância de se ter um interlocutor. Na primeira envolve o atendimento de uma migrante haitiana idosa, com problemas sérios de hipertensão que insiste em ir até a UBS desacompanhada de familiares ou amigos tradutores. Por sua vez, os profissionais necessitam transmitir as recomendações à família do que deve ser feito, seja em relação ao uso de medicamentos, alimentação, ao controle da pressão com rigor e demais informações que os médicos necessitam repassar. Neste caso, ir à procura de um migrante na sala de espera para fazer a tradução à paciente, é eficaz tão somente para dizer para o migrante que este precisa vir acompanhado na UBS de familiares que entendem o idioma. Em que pese o repasse das recomendações da equipe médica, é necessário o conhecimento e a responsabilização da família da migrante. O que se pode observar é que este atendimento ficou fragilizado, bem como, compromete a saúde da própria migrante, pois caso este não siga as recomendações, seu quadro pode se agravar, em decorrência da dificuldade de comunicação e ausência de cuidados dos familiares.

Na segunda situação, diferentemente da relatada, a figura do intérprete foi fundamental, pois o atendimento que estava sendo realizado envolvia violência contra a mulher de uma jovem haitiana e que se não fosse um amigo migrante presente acompanhar e fazer a tradução das orientações médicas e das providências que deveria tomar junto a outros órgãos, como a Polícia Civil, o atendimento não chegaria ao êxito.

Num terceiro momento, se tem a importância do intérprete como apoio social aos outros migrantes que chegam à cidade. Foram muitas as ocasiões presenciadas em que os migrantes chegam acompanhando seus amigos (também migrantes) junto à recepção das UBS/ESF para o encaminhamento do Cartão SUS, marcar exames, consultas, vacinas, etc. Isso facilita o fluxo de atendimento, pois geralmente tem fila de espera e garante a satisfação e o sair de si à compreensão do outro tão vital nas ações dos profissionais da política pública de saúde.

Contribuindo, Ramos (2008b, p.06) ressalta a fundamentalidade do tradutor em contextos migratórios, principalmente no acesso ao sistema de saúde, pois favorece o acolhimento do migrante, “dando-lhe alguma segurança e fazendo-o sentir-se compreendido”, pois proporcionam aos profissionais de saúde a possibilidade de conhecerem e compreenderem que, por detrás de um comportamento considerado anormal, inadequado e estranho, está um comportamento, um ritual ligado à uma lógica cultural ou religiosa de diferentes padrões.

Vindo ao encontro, Alanen (2009, apud OLIVEIRA, SILVA, 2017, p. 135) destaca que “a falta de intérpretes e tradutores qualificados para atender a essa população em contextos críticos impede que esses indivíduos tenham acesso a recursos e serviços fundamentais para a sua segurança e bem-estar”. Aqui se refere tanto para migrantes interlocutores, como de intérprete disponibilizado pelos serviços público de saúde. Nesse sentido, a autora adverte da importância “de disponibilizar serviços de interpretação e tradução para que as pessoas não proficientes na língua oficial possam alcançar o exercício de direitos inalienáveis como direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais”.

Assim, privar as pessoas do “acesso linguístico”, “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, p. 93, apud OLIVEIRA, SILVA, 2017, p. 135). Embora não haja obrigatoriedade em adotar outras línguas nos serviços oferecidos pelo Estado, a presença de um mediador linguístico é essencial, sendo um terceiro que ajuda e protege os interesses de um indivíduo em sua interação (VARENNE, 2014).

Em conversa com o responsável de uma das UBS/ESF, o mesmo destacou, reforçando o que se dá na prática, a dificuldade que os profissionais têm em se comunicar com migrantes que não dominam a língua portuguesa. Dificuldade esta que sucessivamente se repete todos os dias no atendimento da saúde. *Nossa maior necessidade é de uma pessoa que pudesse nos ajudar na tradução. Têm migrantes que até conseguem se expressar um pouco e a gente entende, mas tem aqueles que não se entende nada. Na Assistência Social junto ao CRAS, o Município contratou um haitiano que domina várias línguas, para fazer o acolhimento, acompanhamento, tradução e repasse de informações. O mesmo deveria ter na*

saúde, a demanda é tanta que esse servidor contratado não vence e não consegue nos auxiliar. O Município tentou contratar pelo CIEE um migrante que também é o mesmo caso, domina várias línguas, mas por erro de edital, não deu certo. É uma pena, por que nós, da saúde, precisamos muito, enquanto isso a gente vai se virando como pode.

Ainda sobre um mediador, Relebo (2019, p.37) destaca que a figura do mediador surge como elo facilitador da comunicação entre os usuários e profissionais de saúde, promove a ponte necessária para as relações, quando os profissionais de saúde se deparam com indivíduos provindos de um contexto sociocultural diferente que o seu. O mediador poderá ser mais do que o elo facilitador de comunicação, mas também ser mais um elemento da equipe que atuará em consonância, promovendo a desburocratização na eliminação das barreiras linguísticas e culturais existentes.

Numa sociedade cada vez mais multicultural, “o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade do indivíduo exige que essa diversidade seja levada em consideração na equidade da prestação de serviços de saúde”. Há, em particular, aqui “a necessidade de desenvolver estratégias para eliminar barreiras práticas para populações multiculturais acessarem a saúde, cuidados, incluindo obstáculos linguísticos e culturais” (VARENNES, 2014, p.78-79).

Para O’Rourke e Castillo (2009) ao ser citado por Oliveira e Silva (2017, p. 149) ainda existe em uma parte da sociedade a ideia de que o migrante esteja com “preguiça” e não esteja “se esforçando o suficiente” para aprender a língua. A essa expectativa e cobrança para que o migrante aprenda rapidamente a língua do país de acolhimento, deve-se destacar que essa não é uma tarefa fácil, por três motivos. Primeiro, porque para qualquer pessoa, aprender uma nova língua não é um processo rápido ou simples, segundo se for pensar, esse processo é ainda mais penoso quando os migrantes possuem níveis baixos de escolaridade até mesmo em suas línguas maternas, devido à falta de acesso à educação em seus países de origem. E em terceiro, porque muitos migrantes possuem jornadas de trabalho desgastantes, trabalham em condições precárias e em muitos casos possuem mais de um emprego para sustentar suas famílias. Com isso, imagina-se que não se tenha muito tempo ou dinheiro para se dedicar a aprendizagem de uma nova língua.

O Supremo Tribunal do Canadá reconheceu que “a linguagem preenche a lacuna entre isolamento e comunidade” (VARENNES, 2014, p. 75). Desse modo, é

fundamental “fomentar o reconhecimento do outro, promover a compreensão e a inter-relação entre grupos, numa sociedade cada vez mais diversificada. É essencial atenuar os estereótipos, os preconceitos culturais” (RELEBO, 2019, p.40). Logo, “o desafio para a promoção da utilização dos serviços de saúde assenta também na garantia de que os imigrantes, os recém-chegados em particular, obtenham a informação necessária para aceder aos serviços de saúde” (DIAS *et al.*, 2018, p. 166).

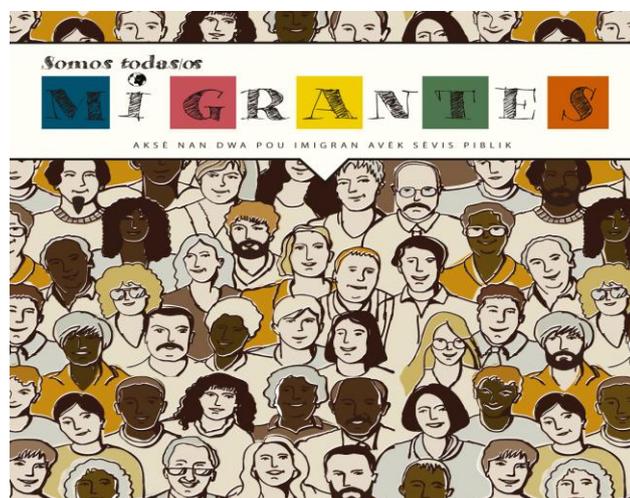
Partindo do princípio que não seria possível ter todos os trabalhadores bilíngues no campo de práticas, tampou que todos os idiomas necessários fossem contemplados, torna-se necessário discutir de que maneira é possível realizar um atendimento que ultrapasse a barreira de uma comunicação não fluida. O estranhamento inicial também pode estar presente em atendimentos de usuários que são migrantes, seja pelas diferenças regionais e culturais e que dificultam a compreensão dos primeiros atendimentos (VENTURA, YUJRA, 2019). Assim, “com o passar do tempo outras forma de comunicação emergem, gerando a possibilidade de vínculo por meio de formas mais universais de diálogo como o olhar, o toque e a empatia, garantindo assim o estabelecimento do cuidado” (VENTURA, YUJRA, 2019, p. 67).

Não se trata de garantir um atendimento de uma forma qualquer, a construção da relação usuário/cuidador sempre é bilateral. Assim, “da mesma forma que se responsabiliza o usuário por conquistar rapidamente a habilidade no idioma, deve o trabalhador também sentir-se corresponsabilizado por oferecer ferramentas ao usuário para se comunicar e garantir o acesso à saúde” (VENTURA, YAJRA, 2019, p. 68).

Tendo em vista a dificuldade demonstrada em que pese ao idioma, é oportuno trazer como exemplo, medidas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo como o lançamento de cartilhas, parte de uma política linguística que contribui para que os migrantes tenham acesso às informações, direitos e serviços disponíveis. A cartilha (FIGURAS 9, 10 e 11)foi disponibilizada em vários idiomas (português, espanhol, francês, crioulo, inglês, árabe e mandarim)²⁷ e foi utilizado também na formação de 1.000 servidores para o atendimento qualificado da população imigrante (SÃO PAULO, 2016).

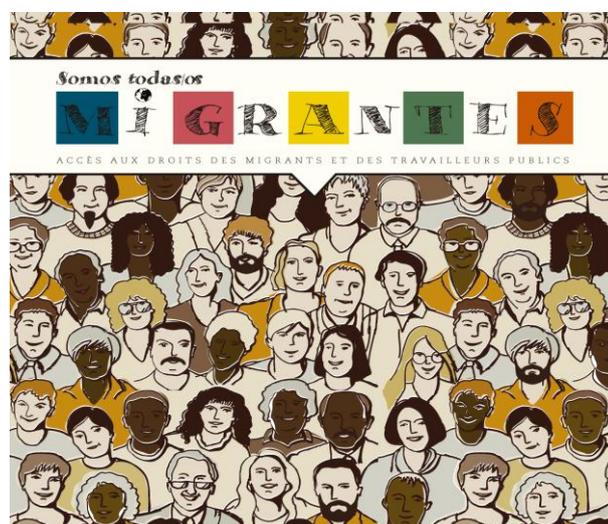
27 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Disponível em:

Figura 9 – Cartilha disponibilizada kreyòl



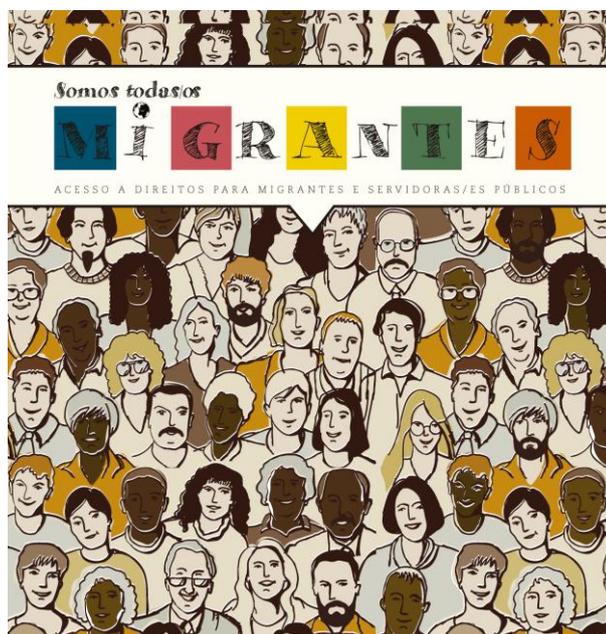
Fonte: Secretaria Municipal de São Paulo.

Figura 10 – Cartilha disponibilizada francês



Fonte: Secretaria Municipal de São Paulo.

Figura 11 – Cartilha disponibilizada português



Fonte: Secretaria Municipal de São Paulo.

Na mesma linha das publicações, como já citado foram disponibilizados outros informativos com o objetivo de atender os migrantes, com temas que envolvem tuberculose, SUS é para todos (FIGURA 12), gestantes imigrantes e refugiadas, influenza H1N1, imunização, Rede de apoio à população imigrante e refugiada no município de São Paulo (FIGURA 13), recepção e Farmácia (FIGURA 14),²⁸.

28 Cartilhas disponíveis nos idiomas português, francês, espanhol, inglês, crioulo, chinês e árabe. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/publicacoes/index.php?p=19273#imigrantes>. Acesso em: 10 mar. 2020.

Figura 12 – O SUS é para todos



ENFOMASYON AK KONTAK
Informações e contatos:

Kowôdinasyon Rejyonal la Sante Centro:
3397-0931 / 3397-0933 / 3397-0934 / 3397-0935
Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaranês, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus, São Miguel.
CEP: 01230-001

Kowôdinasyon Rejyonal la Sante Iwês:
3073-1178 / 3073-1347 - Butantã, Lapa, Pinheiros.
R. Dr. Renato Fawc de Barros, 77 - Itaim Bibi.
CEP: 04530-000

Kowôdinasyon Rejyonal la Sante L'Es:
3397-0931 / 3397-0933 / 3397-0934 / 3397-0935
Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaranês, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus, São Miguel.
Av. Pires do Rio, 199 - Vila Americana - CEP: 08020-000

Kowôdinasyon Rejyonal la Sante Nô:
2224-0600 - Casa Verde / Cachoeirinha, Freguesia / Brasilândia, Jacaré / Tremembé, Perus, Piratuba, Santana / Tucuruvi, Vila Maria/Vila Guilherme
R. Palmeira do Campo, 902 - Santana - CEP: 02012-040

Kowôdinasyon Rejyonal la Sante SIDÊS:
2591-3011 / 2215-3147
Aricanduva / Formosa / Carrão, Ipiranga, Jabaquara, Mooca, Penha, Vila Mariana, Vila Prudente, Sapopemba.
R. Silva Bueno, 821 - Ipiranga - CEP: 04208-050

Kowôdinasyon Rejyonal la Sante SID:
2075-1209 / 2075-1140 / 2075-1146
Campo Limpo, Capela do Socorro, Cidade Ademar, M'Boi Mirim, Penhaferreira, Santo Amaro.
R. Fernandes Moreira, 1.470 - Chácara Santo Antônio - CEP: 04716-003

Oubyen aksede: prefeitura.sp.gov.br/saude
Oubyen rete gratis nan 156 (sôlman na pôtigê)

SUS LA SE POU TOUT MOUN
SUS É PARA TODOS



PREFEITURA DE SÃO PAULO
prefeitura.sp.gov.br/saude
saudeprefsp

SUS LA SE POU TOUT MOUN
SUS É PARA TODOS




crioulo/português



PREFEITURA DE SÃO PAULO

KOMAN'W KAPAB AKSEDE SEVÎS SANTE PIBLIK YO NAN VIL LA NAN SP

Nan Brezil, gen yon sistèm sante piblik, e gratis ki rele SUS - Sistèm Inik Sante. Tout moun gen dwa a sevîs sa a, kalfikaswa nasyonalite oswa sityasyon migrasyon.

Nenpòt moun ki ap viv nan peyi Brezil gen dwa a sevîs sante SUS la. Frem-an an se pou tout moun! Tout laj, ak nenpòt tip maladi.

SI SA KATON SUS LA YE ?

Katon SUS la gratis epi se yon dwa ki tout moun genyen. Li estoke tout done sou pasyan an ak enfòmasyon konsiltasyon Dayen an. Katon SUS la fasilite nou pran randevou pou konsiltasyon ak ekzamen, angis li pèmèt nou retire medikaman gratis.

Pou fè katon SUS la, ale nan UBS ki pi pre lakay ou oswa ou travay ou espesyalman avèk dokiman idantifikasyon.

O QUE É O CARTÃO SUS ?

O cartão SUS é gratuito e é um direito de todos. Ele assegura todos os dados do paciente e informações sobre consultas. O cartão SUS facilita o agendamento de consultas e exames, além de permitir a retirada de medicamentos gratuitos.

Para fazer o card, basta se dirigir até a UBS mais próxima de sua casa ou do seu trabalho, portando documento que comprove a sua identificação.

KI JAN POU KAPAB GEN AKSE AK SEVÎS SA YO NAN VIL SP?

Itahe Lantènt de Itat BRIZIL se travayen establi pou kapab entègre a jwenn aksè nan SUS. Yo se kote ou ka jwenn swen pou timoun, fanm, gason, jwenn swen pou dat epi yo gen sipò enfòmtyè. ka tou yo bay plis, fè pesonman, volontè, kolaborasyon teknolojiyon laboratwa, fè travay pou espesyalis medikal, fè travay pou espesyalis an sante pou fè katon SUS la. Chak moun jwenn SUS li pi pre a lakay ou oswa travay ou.

Lò yo fonksyone: Lendi a Vandredi, soti 7 di maten riva a 19 h.
Disponib nan: <http://saude.prefeitura.sp.gov.br/>

COMO ACESSO ESTES SERVIÇOS NA CIDADE DE SÃO PAULO?

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada preferencial para o usuário do SUS. São locais onde você pode receber atendimento em: Pediatra, Ginecologia, Clínica Odontológica, etc. Também oferecem apoio UBS para exames, exames de sangue, curativos, vacinas, coleta de amostras, etc. Também oferecem atendimento para encaminhamentos para especialidades. Para solicitar seu cartão SUS, vá até a UBS mais próxima de sua casa ou do seu trabalho. Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.
Disponível em: <http://saude.prefeitura.sp.gov.br/>

ACONDE VOUEM CASO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA CIDADE DE SÃO PAULO?

UBS integrada/AMAS (Assistência Médica Ambulatorial) Atende os casos de menor gravidade, que não precisam de internamento ou internação, como: gripes, febre, resfriados, etc. Atendimento para exames médicos, pediatras e pequenas cirurgias ou ginecologia.

Si tout fwa yo ta mal, resevwa w nan lopital yo. ou gen dwa a pou w fè reklamasyon do kote manadi sante lan oubyen nan telefòn nan nimewo 156.

Agente de saúde a se yon pwofesyonèl ki gouven nan an anplwaye pou pran swen sante pou pasyan. Tout moun peyi, depi li byen idantifye li, tout kay ou pou pwofesyonèl sa yo yo vle konnen si se gen kek pwoblèm sante pou yo kapab ede w.

Unitade de Pronto Atendimento (UPA)
As UPA funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, dor nas costas, dor de cabeça.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
Serviço de ambulâncias. Em caso de emergência ligue 192.

Casa-Apis, mais tranquilidade, você tem! Solicite atendimento, apresente o seu cartão de saúde ou seu cartão de Oubryen, de coordenadora ou enfermeira.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020).

Figura 13 – Rede de apoio do SUS aos migrantes

Crioulo

Enfòmasyon ak kontak:

Responsab Rejional Sante Sant:
Sé
3107-1816 / 3101-7727

Responsab Rejional Sante Lwès:
Butantã, Lapa, Pinheiros
3073-1178 / 3073-1347

Responsab Rejional Sante Lès:
Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus, São Miguel
3397-0931 / 3397-0933 / 3397-0934 / 3397-0935

Responsab Rejional Sante Nò:
Casa Verde / Cachoeirinha, Freguesia / Brasilândia, Jaçanã / Tremembé, Perus, Pirituba, Santana/Tucuruvi, Vila Maria/Vila Guilherme
2224-6800

Responsab Rejional Sante Sidès:
Aricanduva / Formosa / Carrão, Ipiranga, Jabaquara, Mooca, Penha, Vila Mariana, Vila Prudente, Sapopemba
2591-3011 / 2215-3147

Responsab Rejional Sante Sid:
Campo Limpo, Capela do Socorro, Cidade Ademar, M'Boi Mirim, Parelheiros, Santo Amaro
2075-1200 / 2075-1140 / 2075-1146

Oswa visit: prefeitura.sp.gov.br/saude
 Oubyen rele grãtis nan 156 (sèlman na potigè)
 Koodomate yo (11) 3361-4443/3361-4445
 ouvidoria.saude@prefeitura.sp.gov.br




Visit: www.prefeitura.sp.gov.br/saude
  [saudeprefsp](https://www.facebook.com/saudeprefsp)

Tradução feita pelo Consulado do Haiti

**PREVANSYON
POU TOUT MOUN
NAN SUS**


**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
 SAÚDE

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020).

Figura 14 – Farmácia



CARDÁPIO FARMÁCIA

Organização Pan-Americana da Saúde | Organização Mundial da Saúde | SUS | Prefeitura de SÃO PAULO SAÚDE

CARDÁPIO PARA ORIENTAÇÃO NA FARMÁCIA

PORTUGUÊS	ENGLISH	FRANÇAIS	ESPAÑOL	ARABE	CRIOULO
Qual idioma você fala?	What language do you speak?	Quelle langue parlez-vous?	¿Qué idioma habla?	أية لغة تتحدث؟	Ki Lang Ou Pale?
Precisamos do seu cartão SUS	We need your SUS card	Nous avons besoin de votre carte SUS	Necesitamos su tarjeta SUS	نحتاج منك بطاقة النظام الموحد للصحة SUS	Nou Bezwen katon SUS ou
Precisamos de sua prescrição médica	We need your medical prescription, please	Votre prescription médicale, s'il vous plait	Necesito ver su receta médica, por favor	نحتاج الوصفة الطبية الخاصة بك	Nou Bezwen preskripsyon doktè te bay ou
Precisamos de um documento com foto	We need a photo identification, please	Nous avons besoin d'une pièce d'identité avec photo, s'il vous plait	Necesitamos ver un documento con fotografía, por favor	نحتاج إلى بطاقة هوية تحمل صورتك	Nou Bezwen kat idantite ou, Osinon yon dokiman avèk foto ou
Qual o seu endereço?	What is your address?	Quelle est votre adresse?	¿Cuáles es su dirección?	ما هو عنوانك؟	Ki adrès ou?
Não temos este medicamento	This medicine is not available.	Nous ne disposons pas de ce médicament	Este medicamento no está disponible	لا يوجد لدينا هذا الدواء	Nou pa gen medikaman sa a
Você precisa ir até a recepção	You need to go to the front desk.	Vous devez aller à l'accueil	Tiene que ir a la recepción	يجب الذهاب إلى مكتب الاستقبال	Fok ou pase nan resepsyon an
Essa prescrição vale por ____ dias	This prescription is valid for ____ days	Cette prescription médicale est valable pendant ____ jours	Esta receta tiene una validez de ____ días.	هذه الوصفة الطبية سارية حتى ____ أيام	Preskripsyon sa gen pou ekspire nan ____ jou
Você precisa trazer essa prescrição para futuras retiradas	You always need to bring this prescription in order to receive your medication.	Vous devez toujours apporter votre prescription médicale pour recevoir vos médicaments	Siempre lleve esta receta para recibir sus medicamentos	أحضر معك هذه الوصفة الطبية مستقبلا	Vini avèk preskripsyon sa le ou retouren, wap gen bezwen li
Essa prescrição esta vencida	This prescription has expired	Cette prescription a expiré	Esta receta há expirado	هذه الوصفة الطبية انتهت صلاحيتها	Preskripsyon sa a deja ekspire

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020).

Também são iniciativas da Prefeitura de São Paulo, o Projeto “Portas Abertas: Português para Imigrantes” que tem como objetivo oferecer curso de português gratuito, contínuo e permanente para alunos imigrantes na rede municipal de ensino, suas famílias e comunidades (SÃO PAULO, 2018). Neste aspecto, o que se sabe é que a Universidade local vem desenvolvendo desde 2014, um projeto de extensão que oferece aulas de língua portuguesa como língua adicional aos migrantes, tanto

no Município da pesquisa como em município vizinho, tendo em vista o aumento de migrantes vindo para a região.²⁹

Outra iniciativa que se traz é a contratação de migrantes para atuar como Agentes Comunitários de Saúde migrantes, a fim de atender a crescente população migrante na cidade.³⁰ A cada agente é determinado um território e as famílias que deverão ser acompanhadas. “A ideia é que ele trabalhe na mesma comunidade em que vive, fazendo visitas entre vizinhos. Essa tarefa se torna especialmente árdua quando famílias e agentes não falam a mesma língua”. A Política Municipal para a População Migrante prevê um artigo que estimula a contratação de agentes migrantes, resultante do reconhecimento oficial da importância desses profissionais. “Eles começaram a ser contratados ainda nos anos 2000, por iniciativa dos serviços de saúde, atribulados que estavam com o frenesi de vozes e sotaques que ia dar em suas portas” (SÃO PAULO, 2018).

Estas ações representam não só exemplos que podem ser adotados por outras cidades, mas uma demonstração que é possível construir políticas públicas com ações mais inclusivas, capazes de reconhecer a diversidade linguística não como um entrave, mas como um instrumento utilizado para assegurar o acesso aos serviços públicos, tornam os atendimentos de saúde mais humanizados através pelo entendimento entre as partes.

Foi com este propósito que se buscou através desta abordagem, não somente destacar a dificuldade do idioma no acesso ao serviço público de saúde, mas também apontar algumas iniciativas que podem ajudar a diminuir ou eliminar uma problemática que atinge os dois lados, dos profissionais da política pública de saúde e dos usuários migrantes e que conseqüentemente, compromete a relação de alteridade, pois o que fica evidenciado é que a diferença do idioma pode atuar como muro que distância o eu do outro e vice versa comprometendo a universalidade e a integralidade da saúde.

O próximo assunto que será apresentado vem demonstrar a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que mesmo diante das dificuldades do idioma, constroem uma aproximação com os migrantes e conseguem estabelecer

29 Disponível em: <https://www.univates.br/noticia/26411-uma-ferramenta-de-conexao-com-o-brasil>. Acesso em: 20 mar. 2020.

30 Disponível em: <https://saopaulosao.com.br/nossas-pessoas/3479-agentes-de-saude-estrangeiros-atendem-a-uma-crescente-populacao-imigrante-em-sao-paulo.html#>. Acesso em: 10 mar. 2020.

pontes de diálogo, de alteridade e a inclusão social, que se inicia com a hospitalidade da população migrante que chega no seu território de atuação.

4.1.1.2 O cuidado no encontro entre quem cuida e quem é cuidado: o caso das migrantes gestantes

Iniciamos a análise destacando as mulheres dentro do contexto migratório contemporâneo. Para Ramos (2012, p. 86), “a feminização das migrações internacionais faz parte da nova era das migrações”, quer seja no reagrupamento familiar, como migrantes autônomas, pois cada vez mais existem mulheres que migram sozinhas com projetos migratórios independentes da reunificação familiar, e que escolarizadas e provenientes de meios urbanos migram de forma independente, enquanto trabalhadoras, chefes de família e suporte financeiro e família, o que aponta para um aumento crescente da migração feminina.

A maternidade muitas vezes acompanha as mulheres migrantes. Por sua vez, “a situação de migração poderá representar uma fonte de stress e depressão para a mulher migrante, sobretudo para a mãe, com consequências para a criança”. Essas consequências são devidas “às rupturas, desenraizamento cultural, isolamento, solidão, dúvidas e ansiedade que acompanham os processos migratórios e de maternidade”. Com efeito, “são particularmente as mães e as crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida, as mais vulneráveis ao stress, às rupturas, às transformações e às dificuldades resultantes do processo migratório e de aculturação” (RAMOS, 1993; 2004; 2008; 2009a; 2010; 2011 apud Ramos, 2012, p. 89). Somados a estes fatores, também estão as condições precárias de vida e de emprego, trabalhos forçados durante a gravidez, a vivência de racismo e discriminação da sociedade e a comunicação inadequada com os profissionais de saúde.

Ramos (2012) ainda destaca que muitas mulheres migrantes são obrigadas a deixar seus filhos no país de origem, sob a responsabilidade e cuidado de outros familiares (mães, irmãs, tias...), o que é denominado por Pareñas (2005, apud CARPENEDO, NARDI, 2017, p.52) como “maternidade transnacional”, no sentido de que:

mães transnacionais não perdem suas obrigações emocionais para com suas/seus filhas/os. Ao contrário, elas desempenham suas obrigações

maternas à distância, em paralelo com sua função de provedoras. Portanto, mesmo geograficamente distantes, essas mulheres respondem às expectativas sociais de serem as cuidadoras de suas/seus filhas/os. Sendo assim, podemos concluir que tal modalidade de cuidado materno, mesmo que desafie em certa medida as normas da maternidade, não é capaz de desestabilizar as normas de gênero que estipulam mães biológicas como as cuidadoras principais de suas/seus filhas/os.

Filho que ficou e filho que chegou. Outra situação que deve ser considerada é quando a maternidade ocorre durante o processo de migração e instalação. No entanto, tornar-se mãe é um processo vivenciado por mulheres de qualquer parte do mundo, é uma transição de fases que envolvem muitas emoções, mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociais. Cada mulher vivencia diferentes sentimentos, o que varia de acordo com suas percepções e realidade social, muito embora se transmita um discurso social idealizante de ser um momento de plena felicidade, tal idealização da maternidade deixa de considerar as dificuldades que muitas mulheres enfrentam neste período.

Um ponto desta temática que merece destaque, diz respeito ao fato de muitas famílias migrantes perceberem na formação de uma prole a possibilidade de facilitar a sua regularização. Considerando a legislação vigente no Brasil, a regularização do migrante pode ser dada pelo casamento com um cidadão brasileiro, ou o fato de ter um filho brasileiro (VENTURA, YUJRA, 2019).

A realidade social e os sentimentos vivenciados por milhares de gestantes migrantes fazem com que esta passagem de fase se torne ainda mais dificultosa ao se depararem com outro modo de vida na sociedade por onde transita, diferente em cultura e atenção em saúde, distantes de seus familiares, amigos e do seu apoio social do país de origem. De acordo com Coutinho e Parreira (2011) a migrante grávida vivencia simultaneamente dois processos de transição. De um lado, o da própria migração com as múltiplas transformações que a mesma implica, e por outro, o processo de transição que constitui o tornar-se mãe.

Lechner (2007) aborda a experiência migratória vinculada à ruptura, descontinuidades, que alteram a trajetória pessoal com a fração de laços constitutivos da pessoa. No entendimento de Marandola Jr. (2008a) o processo de desenraizamento que ocorre pelo movimento migratório, se dá pela alteração da territorialidade consolidada, com a modificação da relação originária do sujeito com o lugar, o que implica abandonar os lugares da infância, da juventude ou da vida

adulta, sobre o qual está edificada a identidade. “Migrar é ser obrigado a desenvolver outros tipos de territorialidade, dando um salto em direção ao desconhecido” (MARANDOLA JR., DAL GALLO, 2010, p. 390).

Para Marandola Jr. (2008b) a desestabilização da ligação essencial ser-lugar abala a segurança existencial do migrante, que tem de enfrentar o desencaixe espacial. A angústia e ansiedade impõe a necessidade de enraizar-se no lugar destino e a manter laços e envolvimento com ele, só assim a segurança existencial será garantida.

O nascimento de uma criança é um momento de ruptura do envelope materno que reacende em geral, o sofrimento e a dor do exílio e da separação. O processo migratório complica e vulnerabiliza a situação de gravidez, maternidade, como também das primeiras interações com a criança, pelas condições impostas pela migração. O nascimento em situação migratória propicia e potencializam distúrbios culturais e psicológicos que são, igualmente, presenciados nas mulheres nacionais, entretanto, para as mães migrantes esta situação poderá ser traumática e fonte de grande sofrimento, especialmente para as mães que vêm de meios tradicionais, onde a mãe e a criança são fonte de cuidados de toda a família e da comunidade envolvente, cuidados adquiridos e transmitidos na sua cultura e família, de geração em geração (RAMOS, 2012).

Ainda para a autora, em contexto migratório, “a família separa-se da vida comunitária tradicional, reduz-se a uma família nuclear ou monoparental, a qual deverá assegurar sozinha as responsabilidades partilhadas até aqui pela família alargada e pela comunidade”. O que acontece é uma perda dos laços culturais, comunitários e familiares, o que se traduz na “perda da proteção física, psicológica e da tradição”. A cultura e o grupo desaparece como fonte de transmissão das práticas da maternidade e “as competências da mãe são fortemente solicitadas, tendo esta de fazer face às exigências da sociedade em ser, não só, uma boa mãe, como ao choque cultural, à adaptação ao novo meio e ao trabalho de ruptura e luto”(RAMOS, 2012, p. 90).

Por sua vez, “a família é vista pela mulher imigrante, durante a gravidez e trabalho de parto, como suporte e ajuda, transmitindo-lhes confiança, segurança e mais tranquilidade durante todo o processo de maternidade” (LOWDERMILK, PERRY, 2008 apud COUTINHO, PARREIRA, 2011, p. 92). “Longe da sua rede de apoio familiar, muitas vezes é o marido que constitui o único pilar, a única pessoa

significativa à mulher imigrante” (COUTINHO, PARREIRA, 2011, p. 92). Para Ramos (2009, p.09),

em especial em situação de migração, existe um conjunto de rituais em torno da gravidez, do parto e do recém-nascido que se rompe e que desempenhava um papel protetor e uma função psicológica importante. O universo anônimo, isolado, tecnológico e estranho das instituições de saúde e práticas médicas consideradas pelas mães, violentas, traumatizantes e impudicas não respeitando modos de proteção tradicionais vêm aumentar a vulnerabilidade destas mães, reforçar a situação de isolamento, de estresse e de angústia para a mulher oriunda de outro universo cultural. Esta, sobretudo, aquela que é mãe pela primeira vez, vive com medo, ansiedade e muito estresse este período, devido ao isolamento e às grandes diferenças entre o meio cultural, familiar e protetor de origem e o universo anônimo, distante, tecnológico e incompreensível com o qual se vê confrontada. Esta situação “estranha”, de estresse e vulnerabilidade tem consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebê, na comunicação com os profissionais de saúde, na adesão e utilização dos serviços de saúde pela mulher, nomeadamente, migrante e desencadeia, muitas vezes, nos profissionais de saúde comportamentos inadequados e agressivos, atitudes de rejeição e problemas de comunicação e de diagnóstico.

No caso em tela, as gestantes migrantes precisam de amparo e escuta, por meio de um olhar compreensivo e de alteridade que reconheça seu sofrimento e suas dificuldades, sejam estas em relação ao processo de migração ou quanto à criação de seus filhos.

A gravidez, o parto longe da família e em um lugar estranho é momento de insegurança e medo. Daí a relevância de encontrar um aporte afetivo e social junto aos profissionais de saúde. Para Ramos, o afastamento da gestante do seu meio gera um desequilíbrio entre as práticas maternas e a realidade provoca conflitos no papel materno, devido “ao desequilíbrio entre as representações maternas e a realidade vivenciada” (RAMOS, 1993; 2008; 2010 apud RAMOS, 2012, p.90).

Nesse sentido, pensando nas práticas do sistema de saúde, Ventura e Yujra (2019, p. 77) alegam que devem ser consideradas as diferenças culturais, sendo sempre importante “refletir sobre a adequação do modelo de nossas intervenções em saúde, aproximando-as (quando possível) da expectativa e da realidade de vida das comunidades migrantes atendidas, para aumentar a eficiência das ações”.

A inclusão da migrante gestante nas ações de saúde oportuniza o enraizamento e a socialização, a segurança e a satisfação de suas necessidades, suprindo assim todo o aporte material e emocional que ficou para trás. Considerando esta premissa, aborda-se a atenção prestada pelos profissionais da saúde à

população migrante, especialmente durante a gravidez, o acesso, utilização e a qualidade do atendimento recebido nas UBS/ESF.

Antes de tudo, a fim de contextualizar, é preciso destacar alguns dados quanto os atendimentos prestados na rede municipal de saúde às migrantes gestantes e crianças (0-12 anos), que constam nos Quadros 03, 04 e 05, apresentados anteriormente. De acordo com os relatórios repassados pela secretaria Municipal de Saúde do município em análise, é possível fazer o seguinte recorte (Quadro 06):

Quadro 6 – Consultas de pré-natal de migrantes gestante e de crianças migrantes por ano

Ano	Quantitativo de Consultas Pré Natal/ migrantes	Quantitativo consultas crianças (0-12 anos)
2018	392	94
2019	389	55
2020 (01/01 até 14/07/2020)	399	25

Fonte: Autora com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

As migrantes haitianas foram as que mais se submeteram aos atendimentos de pré-natais e realizaram consultas infantis. Considerando esse dado, se traz para fins de contextualização e conhecimento, a maneira como se dá o acesso ao sistema de saúde no Haiti.

Jacques *et al.* (2017) referenciando Dubuche (2015), OMS(2008), ONU (2006) Ministério da Saúde do Haiti (2013), Gómez (2002), Seisdodos e Bonometi (2010) em seu estudo sobre o sistema de saúde do Haiti, trazem a fragilidade do sistema haitiano, que apresenta graves problemas de funcionamento, organização e gestão, o que resulta numa oferta fragmentada, com acesso restrito e de baixa qualidade. A cobertura chega a 60% da população, os recursos humanos são insuficientes e com baixa qualificação. Em 2008, foi lançado no Haiti um programa gratuito de cuidados obstétricos, mas mesmo assim, a maioria dos partos é domiciliar e a mortalidade materna continua sendo uma das mais elevadas no mundo (380/ 100 000 nascidos com vida), 50% dos partos são realizados com condições adequadas. Apenas 11% das mulheres tem acesso a contraceptivos modernos. As taxas de desemprego femininas são elevadas e os salários são menores do que os masculinos, agudizando a pobreza feminina e as más condições

de saúde. Jacques *et al.* (2017) ainda destacam que os atendimentos em saúde são massificados e não consideram as especificidades de idade, ocupação e orientação sexual.

O estudo com as mulheres no Haiti mostrou a existência de vários obstáculos ao acesso e à qualidade dos cuidados dispensados às usuárias na atenção primária de saúde, dentre eles, “as mulheres despenderam muito tempo caminhando para chegar aos serviços, que eram, em sua maioria, pagos”, “a distância de acesso aos serviços de saúde”, “o tempo de duração das consultas foi curto e as mulheres não sabiam o nome das pessoas que as tinham atendido” o que mostra “a falta de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes. Muitas silenciaram quando perguntadas acerca de preconceito, possivelmente por medo de serem discriminadas se retornassem ao serviço de saúde”, “o pagamento direto dos serviços pelos usuários é outra restrição para a entrada e uso do sistema de saúde haitiano” (JACQUES, *et al.*, 2017, p. 4-5).

Embora a Política Nacional de Saúde do Haiti “assegure a universalidade e a gratuidade dos cuidados, uma grande parte dos serviços públicos e organizações não governamentais cobra taxas”. “As usuárias atendidas gratuitamente tiveram consultas mais rápidas, porém as pessoas que pagam são muitas vezes as mais vulneráveis, pela falta de acesso aos serviços públicos” (JACQUES *et al.*, 2017, p.05).

O distanciamento entre profissionais e pacientes observado na pesquisa, se dá pelas consultas serem rápidas (algumas durando em média menos de 10 minutos) ou pela própria desigualdade social entre profissionais e usuárias (JACQUES, 2017) e como observado em McIntyre (2014), as relações despersonalizadas entre as partes, dificulta o acolhimento, a escuta e a construção do vínculo.

No Brasil, a atenção materno-infantil é prioridade na política pública de saúde principalmente nos cuidados da mulher durante a gestação, que vai desde o pré-natal, o parto e o puerpério, a fim de garantir um nível satisfatório de saúde para o binômio mãe-filho.

O SUS pautado pela universalidade de suas ações oportuniza o acesso das migrantes gestantes aos cuidados de saúde. No entendimento de Tossin, Santin (2007), ao fazer parte de programas específicos de saúde, com acompanhamentos de pré-natal, agentes de saúde, há o rompimento da situação deslocada ao

ambiente em que a migrante recém chegou. Logo, “a mulher se estabelece física e socialmente naquela comunidade, por meio do filho que nasce, e por esse evento a trama de relações acontece” buscando “sua inserção e sua afirmação social perante a sociedade de acolhida” (TOSSIN, SANTIN, 2007, p.430- 431).

No entanto, o não reconhecimento por parte dos profissionais de saúde de que as mulheres migrantes, especialmente em condição de maternidade, necessitam de um atendimento diferenciado em decorrência da sua cultura, idioma e etnia, fere o princípio da equidade em saúde, que desponta como princípio central do SUS. Nesse sentido, de acordo com Mello e Campinas (2010), além de considerar as diferenças no processo de saúde é necessário respeitar as individualidades de cada um, utilizando a alteridade, isto é conhecer a realidade a partir de dentro, livre de preconceitos.

Conhecer, compreender e respeitar as transições que acompanham o processo de mobilidade das migrantes gestantes são atributos que facilitam a relação intersubjetiva entre os profissionais de saúde e a migrante que vivencia a transição, como também, contribui para a eficácia dos cuidados dispensados a gestação e maternidade. A aproximação entre as partes faz com que a migrante se sinta “em casa”, à vontade (principalmente se é mãe pela primeira vez), podendo exprimir seus sentimentos, anseios e medos que acompanham a gravidez. Ao estabelecer uma relação de diálogo, a confiança nos profissionais é desencadeada.

De acordo com as práticas de saúde observadas no ambiente de trabalho das UBS/ESF como dos ACS, pode-se afirmar que o apoio social recebido pelos profissionais de saúde auxilia as migrantes gestantes na adaptação de determinadas situações de stress e de insegurança, gera a autoconfiança e o compartilhamento de informações. A percepção em relação ao outro de disponibilidade em ajudar e de responsabilização atua no amortecimento do impacto das mudanças que acompanham não só a mobilidade, como a própria gestação e maternidade.

Os profissionais de saúde constituem um grupo de apoio relevante de rede social para a migrante gestante. A gravidez e o puerpério é o período em que a mulher mais sente a necessidade do apoio da família e amigos, no entanto, muitas mães ou gestantes migrantes não contam com este suporte social. Assim, além do apoio afetivo de familiares é de suma importância a gestante poder contar com a sensibilidade e o apoio dos profissionais.

Os cuidados pré-natais adequados são um fator determinante de uma gestação e um período neonatal sem complicações e esse é momento em que, o apoio social tem que ser instituído e fortalecido. Nas palavras de Rios, Vieira (2007, p. 478) a realização de ações educativas em todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante. Contudo, é no período de pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada pelos profissionais para que possa viver o parto de forma positiva, segura, ter menos riscos de complicações no puerpério e ter uma boa amamentação. Como o pré-natal e nascimento são momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, cabe aos profissionais de saúde adotar uma postura de educadores que compartilham saberes, conselhos a fim de devolver a autoconfiança na mulher para viver a gestação, o parto e o puerpério.

Tanto a maternidade, o parto, a amamentação e a alimentação das crianças perpassam por muitas concepções que variam de acordo com as diferentes culturas, seguindo formas e tradições peculiares. Assim, as migrantes ao se depararem com novas maneiras de se encarar a maternidade na sociedade de trânsito, encontram dificuldades quanto ao processo e cuidado com o filho, devendo dessa forma os profissionais de saúde desenvolver relações de ajuda e empatia, que favoreça a interação da migrante. Este momento de esclarecimento e de troca de informações também é possível nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS, que assumem um papel preponderante, facilitando a correta avaliação das necessidades reais da migrante e de sua família. Em relação a isso, as práticas dos profissionais, sejam internas ou externas às UBS/ESF, como é o caso dos ACS, demonstram nas práticas observadas o comprometimento, a atenção e o cuidado com as migrantes gestantes.

Na visão de Ramos (2008a, p. 101), “cada cultura tem o seu modo próprio de lidar com a doença e de cuidar, sendo este modo próprio transmitido de geração em geração, através do uso de símbolos, de linguagem, de práticas e rituais”. Dessa maneira, “os indivíduos e os grupos desenvolvem representações, concepções, etnoteorias sobre a saúde, a doença, as formas de curar que influenciam os comportamentos e as práticas de cuidados”. Ainda para a autora, as dimensões culturais e sociais, podem constituir barreiras importantes aos cuidados de saúde, cabendo aos profissionais considerar e respeitar as diferenças, a fim de não reforçar estereótipos e os preconceitos. “A mãe migrante, transplantada de uma cultura para

outra, isolada, desenraizada, corre o risco de não saber com a mesma segurança quais os gestos e os comportamentos a adotar, pois as referências culturais não são as mesmas e o sistema referencial vacila (RAMOS, 2012, p. 90).

Por sua vez, “o respeito pela gestante e saber escutar são princípios basilares no caminho do cuidado ético transcultural”. Deve-se ter em conta que os migrantes “são os peritos do seu próprio corpo e saúde e que, as suas crenças de saúde foram moldadas na cultura onde viveram, as quais não são necessariamente boas ou más, certas ou erradas, são um fato do mundo multicultural” (ELIASON, 1993, apud SOPA, 2009, p.78).

No que diz respeito ao atendimento do pré-natal das migrantes junto às UBS/ESF acompanhadas, este inicia após a descoberta da gravidez. Em seu primeiro atendimento a gestante recebe uma Caderneta da Gestante que é o principal instrumento educacional para a gestante e a família migrante, contendo informações sobre o desenvolvimento da gravidez e os vários aspectos que são acompanhados neste período, devendo a gestante apresentar em todas as ocasiões, no qual os profissionais farão o registro de dados em todos os atendimentos de pré-natal. Nas visitas domiciliares, compete aos ACS a verificação e monitoração das informações registradas, em relação às datas de consultas, vacinas, controle de peso, previsão de parto, solicitação de exames complementares, etc. O cumprimento dessa atribuição pelos ACS foi inúmeras vezes presenciada pela pesquisadora durante as visitas domiciliares.

Esta cartilha encontra-se somente na versão português, o que acaba dificultando o entendimento das informações pelas gestantes (FIGURA 15). No entanto, tomando mais uma vez como exemplo ações adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na promoção da saúde dos migrantes, esta lançou também cartilhas com orientações para as migrantes gestantes em vários idiomas, vindo a facilitar a comunicação e a informações pertinentes a gestação e maternidade (FIGURA 16).

Figura 15 – Caderneta de gestante



Fonte: Ministério da Saúde (2018).

Figura 16 – Cartilha com orientações para as migrantes gestantes

FRANÇÉS

Si vous avez des doutes, appelez le:
"Alô, Maman" (uniquement en portugais)
08002000202
Du lundi au vendredi, de 8h à 15h.

allômaman

Si votre droit aux consultations prénatales n'est pas respecté, priez au responsable de l'UBS ou contactez les coordinations régionales ou le canal d'écoute du département municipal de santé.

Informations et contacts:

Coordination régionale de la santé Centre:
3107-8816 / 3101-7727 - 56

Coordination régionale de la santé Ouest:
Batistelli, Lapa, Parelheiros
5075-1178 / 5075-1547 -

Coordination régionale de la santé Est:
Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaiunior, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus, São Miguel
3397-0931 / 3397-0933 / 3397-0934 / 3397-0935

Coordination régionale de la santé Nord:
Casa Verde / Cachoeirinha, Freguesia / Brasilândia, Jaguaré / Tremembé, Pinus, Pirubá, Santana/Jacuruví, Vila Maria/Vila Guilherme.
2224-9800

Coordination régionale de la santé Sud-est:
Aricanduva / Formosa / Carrão, Ipiranga, Jabaquara, Mooca, Penha, Vila Mariana, Vila Prudente, Sapepembá.
2591-3011 / 2215-3147

Coordination régionale de la santé Sud:
Campo Limpo, Casella do Socorro, Cidade Ademar, H'Boi Mirim, Parelheiros, Santo Amaro.
2075-1200 / 2075-1140 / 2075-1146

Ou accédez: prefeitura.sp.gov.br/saude

Ou appelez gratuitement 156 (seulement en Portugais)

Femmes Enceintes Immigrantes ou Réfugiées

LE SUS EST POUR TOUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE

prefeitura.sp.gov.br/saude

[saudeprefsp](#)

Femmes Enceintes Immigrantes ou Réfugiées

LE SUS EST POUR TOUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE

Les soins prénatals sont un droit des immigrantes et réfugiées au Brésil, car le Système Unique de Santé (SUS) est public, gratuit et garantit l'accès universel.

À São Paulo, le Réseau de Protection à la Mère Paulista est inclus dans la Rede Cegonha (Réseau Cigogne), une stratégie du SUS pour aider les femmes enceintes pendant le cycle de grossesse : des consultations prénatales, lors de l'accouchement et la période post-partum, jusqu'à la deuxième année de vie du bébé.

SI VOUS ÊTES ENCEINTE...

Il est important de commencer les consultations prénatales dès le début de la grossesse (avant les 3 mois) et de visiter votre médecin à chaque mois.

À chaque consultation, on évalue:

- La tension artérielle
- La taille du ventre
- Le poids de la future mère
- Les battements de cœur du bébé

Certains examens seront recommandés pendant la grossesse: groupe sanguin, sérologie de la toxoplasmose, la glycémie, la sérologie pour le VIH, la syphilis, l'hépatite, l'urine et les matières fécales et l'échographie.

Renseignez-vous à propos de la vaccination, l'allaitement maternel et l'accouchement naturel.

Toute femme enceinte a le droit d'avoir un accompagnement lors des consultations prénatales, du travail et de l'accouchement.

L'accouchement naturel est le plus indiqué, à cause de ses bénéfices pour la santé de la femme – récupération plus rapide, risques réduits d'infection et de saignement – et de l'enfant – facilité pour l'allaitement, lien affectif.

Connaissez l'hôpital où vous accoucherez – l'équipe de l'UBS vous informera la direction.

Informez-vous aussi à propos des Maisons de Naissance:

Casa de Parto Ângela
(11) 9832-5352
Casa de Parto Sapepembá
(11) 2702-6043

SOINS POUR LES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE

Durant la grossesse, une alimentation équilibrée vous permettra d'éviter une prise de poids excessive – idéalement, vous devrez gagner 11kg par mois. Évitez de manger en excès des bombons et autres friandises, des aliments frits et des aliments transformés. Préférez d'avantage les fruits, légumes, soja, poisson, riz et haricots. L'activité physique est aussi très importante: même la marche à pied, pratiquée régulièrement, apportera plusieurs bienfaits à vous et à votre bébé.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020).

No pré-natal, as gestantes seguem um cronograma de consultas pré-agendadas, algumas com acompanhamentos semanais, quinzenais e outras mensais, dependendo das condições e do tempo da gravidez. Na primeira UBS/ESF acompanhada, a terça-feira é o dia dedicado ao atendimento das gestantes brasileiras e migrantes, dia em que é feita toda uma triagem no acolhimento e em seguida as gestantes são submetidas às consultas médicas. O mesmo procedimento ocorre na outra UBS/ESF, porém, nas quintas feiras.

Durante a pesquisa foi possível acompanhar vários atendimentos de gestantes migrantes tanto na sala do acolhimento (com técnicos de enfermagem e enfermeiros) como em consultas médicas e pediátricas. Como já referido em outro momento, a diferença de idioma ou o não compreensão da língua portuguesa dificulta as ações do pré-natal, não sabendo os profissionais de saúde se as migrantes entenderam com precisão as informações repassadas. As gestantes que não dominam o idioma quase sempre vêm acompanhadas pelo marido ou por uma amiga que auxiliam na tradução, como também em casos presenciados, em que a migrante compareceu sozinha às consultas por compreender o português e conseguir se manifestar.

Dessa forma, “as dificuldades de comunicação são potencialmente perigosas, aumentando o risco de atraso na assistência e intervenção obstétrica” (MALIN E GISSLER, 2009 apud ALMEIDA, CALDAS, 2012b, p. 31). Contudo, “a boa assistência médica é uma combinação de prática clínica de qualidade aliada à comunicação adequada, muito para além da acessibilidade aos serviços (JONKERS *et al.*, 2011 apud ALMEIDA, CALDAS, 2012b, p. 31).”

No entanto, percebe-se que as mulheres migrantes têm mais dificuldades quanto ao idioma, recorrendo com maior frequência à ajuda de um terceiro, principalmente do marido no momento da consulta. No entanto, a presença do marido nas consultas muitas vezes exige a sua saída do trabalho, acarretando prejuízos no vale alimentação, além de ter que justificar sua falta com atestado médico, pois o horário da consulta às vezes não coincide com o da sua folga. O agendamento das consultas procura atender os horários preferenciais das gestantes migrantes, pois a maioria também trabalha.

Ramos (2008a) corrobora no sentido de que o desconhecimento da língua provoca situações constrangedoras e dificultadoras na relação e comunicação com os profissionais de saúde, podendo mesmo implicar erros de diagnósticos e

prescrições inadequadas. A partir disso, se tem a necessidade da intervenção de um intermediário que atue como elo comunicacional entre o profissional e a gestante, de modo à mútua compreensão e segurança das partes.

Como as migrantes gestantes já têm suas consultas pré-agendadas, não é preciso passar pelo atendimento da recepção, apenas aguardar na sala de espera e serem chamadas para as ações do acolhimento e posterior encaminhamento para consultas.

Os profissionais do acolhimento cumprimentam as pacientes pelos nomes, as recebem conduzindo com a mão no ombro até as salas, se tem alguma dificuldade quanto informações ou localização acompanham e indicam os lugares, usam uma linguagem clara e acessível e desenvolvem os atendimentos com paciência, respeito e carinho. Aqui, reitera-se o que já foi dito em outra abordagem, em nenhum momento no ambiente de trabalho foi presenciado algum preconceito, estigmatização, desinteresse ou alteração no modo de atender dos profissionais de saúde por serem migrantes.

Os atendimentos da sala do acolhimento seguem um cronograma, sendo estabelecido cerca de 15 minutos para avaliar cada paciente tanto para migrantes como brasileiros. Assim que verificado a pressão arterial e peso, estes dados são registrados pelos técnicos de enfermagem no sistema informatizado. Embora os profissionais do acolhimento atenderem com atenção as migrantes, é um momento muito rápido e técnico, que mesmo cumprindo com suas finalidades operacionais, não atende integralmente o propósito do acolhimento. Acredita-se que o acolhimento fica prejudicado não por falta de interesse, responsabilidade dos profissionais, mas devido o tempo ser muito curto para se estabelecer um diálogo mais aprofundado e a troca de saberes entre as partes, pois não há como estender o tempo do atendimento devido a grande demanda pelo serviço de saúde. Reitera-se também, que a dificuldade linguística compromete a comunicação no momento do acolhimento.

Quanto às consultas acompanhadas, a mesma atenção e cuidado é dispensado pelos médicos, que recebem as migrantes pelo nome, se dirige saudando carinhosamente, ao mesmo tempo em que procura proporcionar um ambiente acolhedor e de confiança. Contudo, algumas migrantes gestantes apresentam certo resguardo e desconforto durante a consulta, principalmente no momento que a médica precisa fazer a palpação abdominal e a medida da altura

uterina e que necessita a paciente se despir. Isso também se repete, deixando a paciente introvertida e insegura quando não compreende o que o médico fala ou não consegue ela própria se expressar quando questionada pelo profissional.

Neste sentido Ramos (2008b, p. 08-09) destaca que a relação com o corpo é outro elemento que causa, muitas vezes, mal entendidos e dificuldades comunicacionais entre o doente e os profissionais de saúde.

A gestualidade, as mímicas, os toques, os olhares, o vestuário, as posturas, o tipo de comunicação, distal ou proximal, a noção de pudor variam segundo os grupos e as culturas. Por exemplo, na cultura ocidental, o corpo do doente, a nudez em contexto hospitalar não tem o carácter de tabu e pudor que tem para certos doentes, por exemplo de cultura muçulmana, muito em particular, para as mulheres muçulmanas. Estas, mesmo em contexto migratório, cobrem geralmente o corpo, os cabelos, o rosto, as pernas com calças ou vestuário longo, tudo fazendo para esconder o corpo e manter a sua identidade. Frequentemente, o doente muçulmano recusa ou aceita dificilmente os cuidados médicos ou de enfermagem praticados por membros de outro sexo.

Ainda neste aspecto, deve ser considerada a privacidade das pessoas, “respeitar a privacidade está entre os principais indicadores de qualidade no atendimento nas instituições de saúde” (NUNES, RAMOS, 2011, p. 82). A privacidade é um conceito abstrato e culturalmente definido e encarada como um direito que não se compadece com a invasão do corpo quando esta não é necessária. O problema que surge aqui é que nas práticas rotineiras “os profissionais de saúde raramente param para pensar se seria necessária tanta invasão. A ansiedade, a vergonha e o desconforto gerados pela invasão da privacidade, em nada contribuem para o restabelecimento do doente”. Para isso é necessário conhecer profundamente o que a perturba, de modo a não aumentar o sofrimento (NUNES, RAMOS, 2011, p. 86).

Neste momento, é importante destacar que talvez a presença da pesquisadora na sala tenha gerado um estranhamento ou desconfiança, por ser uma pessoa desconhecida na consulta. No entanto, procurou deixar bem a vontade, observando mais a médica que os migrantes propriamente para não intimidá-los, auxiliando a gestante a descer da maca, alcançando sua roupa, perguntando se já haviam escolhido o nome do filho, se estavam gostando de morar na cidade. A confiança e afeto com o profissional e até mesmo em relação a pesquisadora passou a ser estabelecidas nas outras consultas que esta acompanhou, como

também, em outros encontros que se teve com as migrantes dentro da própria UBS/ESF ou em visitas domiciliares com os ACS.

A insegurança e o desconforto presentes nas primeiras consultas foram desaparecendo no decorrer dos acompanhamentos, o que se deve também pelo fato da parte clínica e obstétrica ser desenvolvida por profissionais mulheres em ambas as unidades, sendo inclusive uma mãe, o que permitiu uma aproximação e envolvimento maior com as migrantes. A atenção, o tom de voz suave e os cuidados dispensados por esses profissionais reforçam o compromisso com a promoção da saúde, o acolhimento e inclusão das migrantes.

Uns dos pontos altos das consultas é momento em que o profissional localiza e faz a escuta dos batimentos cardíacos do bebê. Neste instante a emoção toma conta da gestante e do pai quando o acompanha. O casal conversa entre si em seu idioma e com gestos e reações demonstram a alegria do momento vivenciado, trocando sorrisos com o médico, principalmente quando este diz que “*o bebê está tudo bem*”, “*creceu!*” .

É um momento bastante marcante até mesmo para quem acompanha. É um instante único, as dificuldades impostas pela migração parecem não existirem, ao serem revestidas pela emoção. Foi possível acompanhar uma consulta de pré-natal com um casal de indianos, com uma alegria peculiar tanto do pai como da mãe diante da espera de gêmeos. A gestante não dominava o português, só demonstrava felicidade, já o esposo numa espontaneidade só, muito ativo na conversa com a médica, questionador, curioso, preocupado. A cada informação que a médica passava seja em relação ao bom andamento da gravidez como de bons resultados nos exames, logo transmitia para a sua esposa, trocando sorrisos entre si. Essa alegria durante a consulta pode ser justificada por estarem sendo pais pela primeira vez, como também ser característica própria dos indianos, pois em outros contatos que se teve com outros migrantes indianos, a mesma espontaneidade e alegria se fez presente, sendo destacadas pelos profissionais como aspecto peculiar de migrantes dessa nacionalidade. Esse momento demonstra o vínculo e a confiança estabelecidos entre as partes, o que proporciona um atendimento mais humanizado e afetivo.

Assim, a presença do marido compartilhando dessa emoção reforça a segurança da gestante no apoio familiar. Nas consultas, o médico sempre procura envolver o pai nos cuidados sobre a gravidez, promovendo a participação,

automação e corresponsabilidade das partes. Who (1998) em Sopa (2009, p. 73), defende que, o profissional de saúde deve envolver o marido, companheiro ou outros familiares nos cuidados da mãe e recém-nascido, com uma atenção além das suas necessidades físicas, psicossociais, mas também levar em consideração as necessidades culturais envolvidas, incluindo a nutrição e o aleitamento.

Esta importância foi reforçada durante uma consulta pediátrica que se fez observações. O pai trouxe a bebê para o acompanhamento mensal, a mãe, porém, ficou em casa. Segundo o profissional é o pai quem mais cuida da filha e segue as recomendações que ela prescreve. *“Sempre é ele que vem nas consultas”*. Ele questionou o pai por que a mãe não acompanhava nas consultas, que vinha sempre sozinho, pois precisa passar também alguns cuidados propriamente para mãe em que pese à alimentação e cuidados com a filha. A mãe ficava em casa dormindo, descansando, disse o esposo que trabalha à noite e que enquanto está em casa é ele quem prepara o leite para a filha, seguindo a recomendação da médica de alimentar a cada três horas. O pediatra foi incisivo em querer saber se a mãe sabia preparar o leite em pó e se amamentava corretamente nos horários enquanto ele estava trabalhando, pois a bebê não vinha adquirindo peso e isso lhe preocupava. O pai relatou que segundo a esposa, a bebê chora muito durante a noite, o que afirmou não acontecer quando está sob os seus cuidados. De imediato, o pediatra fez a avaliação da bebê e viu que não tinha nada que pudesse lhe causar dor ou choro, a não ser fome. O pai ficou em dúvida se a esposa estava seguindo os horários para dar o leite, já que ela teria que se acordar várias vezes durante a noite para preparar o complemento. O pediatra solicitou urgente a presença da mãe nas consultas, inclusive pediu que o ACS fizesse uma visita a ela.

Tal situação demonstra a importância de responsabilizar os pais, pois como os migrantes geralmente têm horários alternados de trabalho, os filhos ficam (quando não na creche), sob a responsabilidade de um na ausência do outro. Desse modo, tanto mãe como pai devem ter o conhecimento daquilo que precisa ser feito em relação aos cuidados com filho. O pediatra inclusive explicou novamente (me dizendo que já tinha dito isso em outra consulta) o porquê de amamentar nos horários estabelecidos e o que isso implica no desenvolvimento da criança, de maneira clara e afetuosa, comprometido e preocupado com a bebê. Após a consulta, chegou a me dizer que muitos pais migrantes não seguem ou não levam a sério suas recomendações sobre amamentação, alimentação, controle de vacinas.

O mesmo ocorreu em outra ocasião presenciada, o pediatra estava explicando com a maior preocupação e seriedade sobre os cuidados que os pais tinham que ter em relação ao calendário de vacinas e à alimentação. O pai, porém, com a criança no colo e compreendendo o que a pediatra falava, demonstrava deboche e desinteresse com as informações que eram repassadas, insinuando e desprezando o profissional.

Esses comportamentos já se repetiram em outras consultas, conforme relatado pelo profissional, mas não serve como dado para generalizar os comportamentos e os cuidados que os migrantes têm com seus filhos. Questiona-se talvez, que o desinteresse do migrante por aquilo que o médico estava recomendando viesse ao desencontro dos hábitos e crenças que sua cultura adota.

Quanto à humanização da atenção em saúde, especialmente no pré-natal, tem-se como “um processo contínuo”, que demanda dos profissionais uma “reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação”. Outrossim, “é preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões” (BRASIL, 2004, p. 60)

Entendendo a essencialidade de atendimentos humanos e sensíveis às gestantes, vale destacar que a assistência pré-natal “não deve focalizar apenas no biológico para ser adequada, sendo imprescindível organizá-la a partir de necessidades e circunstâncias sociais e ambientais da gestante”, o que necessita que “os profissionais de saúde estejam preparados para ouvir as queixas das gestantes e esclarecerem suas dúvidas para melhor oportunizar a educação em saúde e, conseqüentemente, fazerem da mulher partícipe” (RIOS, VIEIRA, 2007, p. 483).

No entanto, quando se trata da participação das gestantes migrantes nas ações do pré-natal esta é mínima, passiva, atuam mais como ouvintes recebendo as informações dos profissionais. Suas manifestações se resumem em “sim”, “não”, ou num movimento com a cabeça ou apontar no corpo alguma dor ou sintoma. No diálogo prepondera a participação dos profissionais, que tentam transmitir com calma e clareza as orientações. As dúvidas e perguntas ocorrem com maior frequência quando o pai acompanha a gestante na consulta, são mais curiosos, principalmente quando são pais pela primeira vez, como também se justifica essa

maior participação, por serem eles os que mais dominam o idioma e conseguem se expressar.

A análise que se faz parte da necessidade de se adotar mecanismos, maneiras que proporcionem uma participação mais ativa da gestante, por meio de relações horizontais. É uma falha no atendimento dos profissionais, pois como a gestação envolve um misto de sentimentos, medos, dúvidas que se somam às dificuldades da mobilidade, é preciso estimular a interação e autonomia das migrantes, deixando-as a vontade para falar, questionar, trocar ideias e experiências de suas culturas e não serem meras receptoras e ouvintes e a partir daí, os profissionais devem atuar de forma mais integrada e menos verticalizada.

Como a integralidade deve ser a linha condutora das práticas de saúde, acredita-se que a passividade da gestante durante o pré-natal dificulta a promoção da saúde em sua integralidade, devido um modelo unilinear, hierarquizado e verticalizado que ainda persiste no sistema de saúde. Esta questão se deve principalmente pelas dificuldades linguísticas entre as partes, mas que merece ser reavaliada pela política pública de saúde a fim de encontrar meios para tal finalidade. Isso não quer dizer que as práticas de saúde não sejam imbuídas de cuidado, atenção, carinho e responsabilidade com as gestantes migrantes, mas que podem se tornar menos verticalizadas.

A partir da relevância da comunicação como ferramenta laboral dos profissionais de saúde e da dificuldade linguística presente nos atendimentos de migrantes, é que se aponta para essa necessidade, de implementar uma comunicação dialógica, pautada no intercâmbio de saberes, em contraposição ao modelo monológico de comunicação, traduzido pelo repasse de informações. Isso garante as gestantes uma maior segurança em sua maternidade. Desse modo, Rios e Vieira (2007) alegam que é requerido do profissional, além da competência técnica, a sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica (RIOS, VIEIRA, 2007).

Se aposta também, para a importância dos grupos de gestantes a fim de impulsionar a atuação e autonomia das migrantes. Muitas Secretarias Municipais de Saúde oferecem esses grupos como um instrumento a mais de apoio, cuidado, atenção e informação às gestantes. No caso em tela, nas ESFs acompanhadas, embora demonstrado a importância desta atividade pelo seu responsável, não estão

sendo disponibilizados estes encontros, palestras, rodas de conversa entre gestantes e profissionais. Alegou que o grupo já foi instituído em outra ocasião, mas devido a não participação das gestantes não foi dada continuidade, pois, os horários dos encontros coincidiam com o trabalho das gestantes brasileiras ou migrantes, ou com seu período de descanso, em virtude de muitas trabalharem em escala noturna.

Para Albuquerque e Jorge (2010), os grupos de gestantes são desenvolvidos com a finalidade de complementar o atendimento realizado nas consultas, além melhorar a aderência das gestantes aos hábitos considerados mais adequados, favorece um espaço para a troca de conhecimentos e vivências entre os participantes.

As atividades educativas a serem realizadas em grupo devem adotar uma linguagem clara e compreensível, a fim de promoverem orientações gerais sobre os cuidados na gestação, com o recém-nascido, amamentação, parto e planejamento familiar. O grupo dá a possibilidade de manifestação de dúvidas e dificuldades de cada uma, pois as participantes podem dizer seus problemas, necessidades e refletir sobre elas. Além de tornar-se mais ativa no processo de gestar, empoderar-se de si mesma em seu autocuidado e no processo de cuidar da criança (HENRIQUES *et al.*, 2015). Partindo de Campos (2017), a autonomia é um aprendizado social em constante construção. Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde apoiar as usuárias, ajudando-as a ampliar a sua capacidade de coprodução do seu cuidado.

As relações estabelecidas nos encontros de saúde entre profissionais e as migrantes devem voltar à alteridade, à ética, o que se traduz para Lévinas (1980) na responsabilidade de ser por, pelo e para o outro. Logo, se exige mais do que um cuidado, uma disposição e uma sensibilidade para com o outro, pela qual se encontra a essencialidade da alteridade. Assim,

sair da intervenção tecnicista, do saber-poder sobre o outro, de anulação da diferença, da relação sujeito-objeto para uma nova atitude de interação, de relação intersubjetiva, de “ser para” e de responder à exigência do outro por respeito e cuidado, pode, sim, caracterizar a humanização da assistência e o cuidado integral nas ações e serviços de saúde. Cuidado para com o outro concretizado através de atitudes de respeito, escuta e acolhimento da sua singularidade e de seu sofrimento. Essa tarefa não implica a negação dos saberes e conhecimentos já construídos no campo da saúde, mas, antes, a necessidade de expansão das ações rumo ao diálogo para podermos, de fato, caminhar em direção à melhoria do cuidado no campo dos serviços públicos de saúde (CARVALHO, FREIRE, BOSSI, 2009, p. 862).

Contudo, ao final desta abordagem, conclui-se que as atitudes de respeito, atenção e carinho face à ansiedade, insegurança, medos e emoções, dificuldades linguísticas e culturais que acompanham a gestante migrante reforçam o cuidado e a responsabilidade dos profissionais de saúde em direção a um ideal ético de alteridade, ao deslocamento do eu ao encontro e escuta do outro.

4.1.2 O encontro dos Agentes Comunitários de Saúde e os migrantes

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) não é um ator novo no cenário mundial da saúde. Em 1920, no Canadá, ele surge para auxiliar no movimento de organização comunitária nas Américas. No Brasil, foi “difundido ao longo da década de 1990 como parte estrategicamente relevante nas políticas de atenção básica em saúde, o ACS tornou-se um elo essencial entre a comunidade e este serviço”, contribuindo com a “a territorialização do SUS e produzindo a inserção de uma nova perspectiva de saúde no interior das comunidades” (COSTA, CARVALHO, 2012, p. 2934).

Os ACS fazem parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como instrumento principal de trabalho as visitas domiciliares, constituindo um novo modo de cuidado e de promoção de saúde. A atenção domiciliar à saúde, além de prestar assistência às famílias, possibilita diagnosticar a realidade das pessoas e a partir dela propor ações que atendam as especificidades. Assim, é possível “compreender o pequeno mundo de cada indivíduo e de cada família, as histórias vividas e as diversas versões” (MANO, 2009, p.466 apud RAMANHOLI, CYRINO, 2012, p. 694).

Neste percurso de diagnosticar a realidade e a comunidade, é inevitável o encontro com diferenças no território, com pessoas que falam outra língua, de outras nacionalidades e que carregam culturas próprias. Logo, em tais encontros, a função do ACS pode assumir várias formas: “a de agenciador de encontros, a de intérprete de línguas, a de mediador de fronteiras, a de inventor e/ou garantidor de vias de acesso de um no outro, ou ainda a de figura catalisadora de um dos territórios” (COSTA, CARVALHO, 2012, p. 2934).

Os migrantes passam a contracenar muitas vezes nestes encontros e cabe aos ACS transformar este momento em bom ou mau. No entendimento de Campos

e Ramagnoli (2007, p.88) os maus encontros são aqueles que insistem nas referências identitárias e nos estereótipos, que apontam e cultivam subjetividades endurecidas, que cerceiam a vida. No entanto, os bons encontros são aqueles que acolhem a alteridade, desconstruindo conceitos naturalizados e se abrindo ao inusitado. Não basta exercer uma função, o essencial, nessa ótica sustentada pela filosofia das diferenças, é ser capaz de afetar e deixar-se afetar pelo desconhecido e inusitado que acompanham os encontros.

Nesse sentido, as visitas domiciliares são fundamentais para o estabelecimento de vínculos com a população, tendo em vista a proximidade com a comunidade e sua base estratégica imbricada na integralidade e na humanização de suas ações, que permite criar espaços de falas, escutas, compreensões e interpretações. É nas visitas domiciliares que as tecnologias leves ganham espaço para o seu fortalecimento, pois o encontro do ACS com o usuário se estabelece na relação de escuta e trocas. O saber ouvir ou o próprio olhar atento, o envolvimento com as necessidades apresentadas, a demonstração de interesse pela pessoa do migrante, permite que eles se sintam valorizados, o que favorece a confiança e o estabelecimento do vínculo. Aí se justifica a importância do ACS em suas atividades cotidianas, além de levar ações educativas e preventivas de saúde, leva a escuta, o diálogo e a hospitalidade da população.

Dessa maneira, o ACS conduz seu processo de trabalho,

sob as lógicas do “agir tecnológico” e do “agir comunicativo” possibilitando a invenção de novos modos de operar os atos assistenciais, a criação de espaços de fala e escuta qualificada e a construção de vínculos afetivos e efetivos. Assim, ele trabalha sob a tensão de dois polos: a primeira, centrada na lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado; a segunda privilegia atividades centradas nas necessidades do usuário e prioriza as tecnologias relacionais. Imaginamos que não há um contraditório em si nestas questões, mas elas convivem simultaneamente na realidade (FERREIRA *et al.*, 2009, p. 899).

No entanto, segundo Ramanholi e Cyrino (2012) as atividades de visitas domiciliares encontram muitos desafios. A integração do público no ambiente privado do domicílio é um contexto de incertezas e surpresas. Dessa forma, nada melhor do que acompanhar ACS nas visitas nos domicílios dos migrantes, para identificar os desafios que estes profissionais enfrentam durante a sua rotina de trabalho. Dentre os desafios que foram identificados, podemos citar a dificuldade de comunicação que persiste de ponta a ponta o sistema de saúde, a mudança de

migrantes ou de famílias naquela área, endereços fornecidos errados que não conferem com a residência do migrante naquela territorialidade, a recusa em receber o ACS ou a desconfiança durante a visita domiciliar.

Os ACS e os profissionais de saúde que por vezes acompanham suas atividades (técnico de enfermagem, enfermeiro, médico), não se deparam apenas com a doença ou o problema de saúde em si, mas também com situações relacionadas ao contexto social, econômico e cultural a que vive as famílias.

Dentre as visitas realizadas pela pesquisadora com os ACS, apenas um migrante se recusou em receber a visita, foi até a janela, viu que era a ACS (02) e não veio recepcionar. Segundo a ACS (02) isso acontece esporadicamente e é justificado, pois muitas vezes o horário da visita coincide com o período de descanso do trabalho, muitos migrantes trabalham no turno da noite. Reunir a família ou o grupo de convívio durante as visitas não é algo tão simples assim, os migrantes costumam trabalhar em turnos diferentes. É muito comum durante as visitas, encontrar migrantes que estão em casa descansando pela manhã ou tarde, enquanto outros estão trabalhando, o mesmo ocorre com os filhos, alguns em casa, outros na escola, algumas vezes só os filhos estão em casa, essas são situações que dificultam a comunicação e o conhecimento mais aprofundado da realidade do grupo familiar ou de quem reside ali reside.

As crianças migrantes geralmente são quem auxiliam os pais na tradução quando os próprios não entendem o que o ACS fala, em virtude de estarem em idade escolar e mais propensas a aprendizagem da língua portuguesa.

As visitas geralmente costumam acontecer considerando essas situações. Desse modo, os ACS tem horários específicos para visitá-los, a fim de otimizar o tempo e a efetividade da visita. Cada agente é responsável por um número de famílias, chegando a 150 em sua área de abrangência, devendo fazer visita a cada domicílio ao menos uma vez por mês. No entanto, isso nem sempre é possível alega a ACS (01), *pois priorizamos as famílias que mais necessitam de acompanhamento, as pessoas em tratamento médico, gestante, crianças em risco, idosos, portadores de necessidades especiais e agora no caso, os migrantes, por que precisamos incluí-los na rede.*

Os ACS ao chegarem às casas dos migrantes, pedem licença e perguntam se podem entrar, a maioria dos migrantes conduz o agente até o interior da casa, enquanto outros preferem conversar “em pé”, na “porta da casa”. Se o vínculo de

confiança e amizade já está estabelecido, facilmente o entrosamento acontece, caso contrário se percebe um olhar de desconfiança por parte dos migrantes, sem entender a língua local e o que aquela pessoa está fazendo ali. Segundo Lunardelo (2004) o domicílio não é um território público. A privacidade dos usuários deve ser respeitada e o agente somente adentra e vai poder conhecer a realidade dos usuários com a permissão desses. É o respeito a base do estabelecimento do vínculo e a conquista da confiança que deve ser preservada ao máximo.

Na mesma linha, Jardim e Lancman (2009, p. 128) observam que:

a credibilidade no trabalho que desenvolve o ACS é um aspecto fundamental para a concretização do mesmo, sendo um processo dinâmico e cotidiano de construção e reconstrução. Sem essa credibilidade não há confiança por parte da comunidade, e o trabalho do agente fica impossibilitado de acontecer. Tal credibilidade tem o sentido de criar relações de confiança com os usuários para que recebam os agentes, abram suas casas, contem seus problemas pessoais, e que as demandas sejam solucionadas ou encaminhadas, assegurando a continuidade da relação saudável agente-comunidade.

Isso é possível perceber na fala de um agente (01). *No começo não foi tão fácil esta questão de aceitação do agente. A aproximação foi se dando aos poucos. Tive muitas dificuldades, mas isso graças a Deus foi mudando. Pra você ver como são as coisas, eu passava pra fazer as visitas e eles nem davam atenção, não entendiam o que eu falava e nem eu o que eles falavam. Alguns nem a porta abriam. Mas em 2013, teve uma enchente muito grande na cidade e atingiu principalmente esta minha área de trabalho, que na verdade é a que mais tem migrante, por ser o local mais antigo da cidade, os aluguéis são mais baratos, uma área pouco valorizada, os migrantes se concentram aqui. Depois com o tempo, se conseguem moradia melhor até saem, mas o início de todos migrantes é nesse bairro. Daí como estava te dizendo, em 2013, aqui foi um caos, a prefeitura teve que levar todo esse pessoal e acomodar em um ginásio. Nunca se viu tantos migrantes, nem a gente tinha conhecimento da existência deles nessa quantia. Eu fui lá pro ginásio e fiquei até tarde da noite, nos outros dias também, o pessoal da prefeitura saiu e eu fiquei lá tentando ajudar um e outro naquilo que faltava, roupas, comidas, cobertores e lá eu fiquei conhecida e começou ali minha relação e vínculo com eles. Eles já sabiam o meu nome, de longe me chamavam e a partir daí passei a ser referência pra eles. Hoje, onde eu passo, eles me conhecem, me ligam quando precisam de alguma coisa, mandam mensagem no meu WhatsApp, batem lá em casa também.*

Atrelado a isso, “a entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos” (NUNES *et al.*, 2002, p.1644). Por isso dizer que a cada encontro entre o eu (ACS) e o outro (migrante), há uma história, um sentimento. O trabalho do ACS é o que está mais próximo daquilo que se entende por alteridade, constituída a partir do olhar sobre o outro e da relação estabelecida com este, do encontro das semelhanças e das diferenças e de sua hospitalidade e acolhida. De acordo com Jardim e Lancman (2009) o espaço de trabalho do agente é privilegiado pelas trocas, permite o confronto entre o mundo externo e interno do agente. Em cada casa é uma surpresa, sem o acesso do ACS à família, às pessoas que residem naquela casa, não há trabalho. O trabalho em saúde só se perfectibiliza quando há essa troca de mundos entre o ACS e as pessoas ou famílias.

Dezembro e janeiro foram meses de intenso calor. A pesquisadora e os ACS saíam cedo da UBS/ESF com destino a visitar os migrantes. Pelas ruas já se encontravam alguns e como não iam estar em casa, ali mesmo já se iniciava o encontro, a conversa e a escuta dos migrantes, ao mesmo tempo em que a promoção da saúde era efetivada. Nas outras situações, os encontros se efetivavam na moradia dos migrantes, sendo possível realizar ao total 29 visitas, sendo que muitas não puderam ocorrer devido os migrantes não estarem em casa.

Durante as visitas domiciliares é realizado o cadastro da família migrante ou dos membros que residem naquele local. É comum, várias pessoas com parentesco ou sem, dividirem a mesma moradia, com a finalidade de diminuir as suas despesas ou puramente para se ter uma base de apoio. O cadastramento das famílias é realizado exclusivamente pelos agentes, que vão de casa em casa fazer o levantamento de quem mora ali e a partir deste momento é feita a inclusão do usuário e da família no sistema de saúde.

O migrante para obter o cartão SUS precisa requerer diretamente na UBS/ESF que abrange a sua área de atenção. O encaminhamento do migrante para solicitar o cartão, é feito com maior frequência por meio do ACS. Enquanto os ACS fazem as visitas questionam se todos tem o cartão SUS. Caso o migrante ainda não tenha o cartão SUS ou demais membros que chegaram após o cadastramento da família, filhos, esposa, irmão, pais ou amigos que vieram em outro momento para a cidade, os ACS providenciam a atualização do cadastro da família que é repassado

para a Secretaria Municipal de Saúde, como também, emitem atestado de residência daquelas pessoas, com base na comprovação fornecida pelo migrante. Com esta declaração, os migrantes procuram a UBS/ESF do seu bairro e lá é providenciada a expedição do seu cartão.

Por outro lado, como as dinâmicas sociais e populacionais se transformam constantemente, o processo de territorialização dos serviços deve estar sempre sendo atualizado, como é o caso dos migrantes e a sua mobilidade, que hoje se encontram residindo em uma área e amanhã muitas vezes não. O ACS (01) assim destaca: *cada semana que passo aqui, alguém novo chegou ou algum migrante se mudou pra outro bairro ou cidade. Se vai pra outro bairro, o ACS daquela região deve providenciar o cadastro desse novo migrante naquela unidade de saúde, se não estiver com o cadastro atualizado de residência não vai conseguir atendimento lá. Aqui não pára, está sempre em movimento e eu tenho sempre o que atualizar, conferir os comprovantes de residência. Isso o ACS percebe caminhando pela rua, onde a maioria dos migrantes moram. Este passa cumprimentando um e outro pelo nome, e logo reconhece, e você? Você é novo aqui, não te conhecia. Está morando com quem, já tem cartão SUS. Para ali mesmo e já começa a conversar. Se o migrante não fala português, um amigo ajuda.*

Nesta linha, os ACS são os primeiros sujeitos que tomam conhecimento da realidade das famílias e o reconhecimento de seus problemas de saúde e daqueles que existem na área em que atua e que merecem intervenção. Isso faz parte da territorialização que é um dos principais eixos norteadores das ESFs e que orienta as formas de intervenção na área de cobertura de cada ESF e na autonomia com relação as suas estratégias. Esse reconhecimento se faz por meio de elementos compartilhados pela comunidade e pelo agente comunitário de saúde (NASCIMENTO, CORREA, 2008).

Evidencia-se, que os ACS são capazes de ouvir a comunidade e promover o diálogo, tornando um espaço de partilha de vivências, pessoas, emoções e experiências. Para Nascimento, Correa (2008), o fato de o agente comunitário de saúde morar na área de abrangência do serviço no qual atua lhe possibilita conviver com a realidade e as práticas de saúde do bairro, conhecer profundamente a população que ali reside, o que o torna um importante representante da comunidade no serviço de saúde, fortalecendo assim, o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade.

O contato da política pública de saúde com a comunidade é feito pelo ACS, que trabalha numa territorialidade. Os ACS tem um duplo pertencimento, na equipe de saúde e na comunidade, além de trabalhar nela, é parte integrante da mesma, pois deve morar na região onde atua. Sendo assim, os ACS desempenham um duplo papel, ao mesmo tempo em que são agentes da promoção da saúde, são sujeitos da comunidade, agentes transformadores do território, participam do mesmo espaço de vivência cotidiana, compartilham não somente o espaço de atendimento em saúde, mas de um espaço territorial dinâmico constituído a partir da presença de pessoas vindas de contextos sociais e culturais distintos. Por sua vez, “o agente não possui o distanciamento entre o ato de trabalhar e de morar, visto que acontecem nos mesmos espaços físicos e na relação com a mesma comunidade” (JARDIM, LANCMAN, 2009, p. 125).

Segundo o Ministério de Saúde, compete ao ACS entre outras atribuições, o papel de educador, como agente de transformação na comunidade, estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças (BRASIL, 2017). O ACS integra às equipes de saúde, sem qualificação técnica e o seu trabalho se desenvolve através do diálogo com as pessoas, buscando conscientizar a população enquanto agente educador.

Nascimento e Correa (2008, p. 1311) corroboram neste entendimento, ao alegar que a educação é permanente, uma vez que o lugar é dinâmico e as ações desenvolvidas nesse espaço são transitórias. O território é um “espaço privilegiado de interação, de diálogo, de reflexão, de tessitura do conhecimento, do ainda não sei, mas busco, do exercício da dúvida e da investigação como possibilidade de apropriação e de compreensão da realidade”, assim como “de respeito e trabalho com as diferentes culturas, cultivando valores solidários e movimentos emancipatórios, onde os Agentes Comunitários de Saúde se assumem como sujeitos transformadores”.

Todavia, a visita domiciliar “é o instrumento ideal para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família”. As orientações não estão prontas, são construídas, pois, “cada casa apresenta uma realidade e é baseada nessa realidade que acontece a troca de informações” (FERRAZ, AERTS, 2005, p. 353).

Nas atividades educativas realizadas pelos agentes, as orientações repassadas aos migrantes estão relacionadas à higiene, controle de vacinas, cuidados com os recém-nascidos, crianças, gestantes, idosos e grupos de risco (hipertensos, diabéticos), o uso correto de medicamentos, preparo de alimentos.

Em visita domiciliar na casa de uma indiana, a mesma tinha dúvidas quanto ao preparo e conservação da sopa do bebê, o ACS (01) explicou de maneira simples como fazer a sopa, que ingredientes colocar, considerando também os que a migrante tinha em casa e o cuidado em armazenar depois de pronto. A migrante sorriu e fez movimentos com as mãos e face em agradecimento. Após a visita o agente comentou que alguns gestos, palavras e saudações já havia aprendido o significado com a migrante, prova disso que o agente quando chegou na casa saudou a migrante em sua língua, o que reforça o envolvimento, o vínculo e afeto que se estabelecem nesses encontros.

Numa segunda visita, junto à casa de uma migrante haitiana, em seu último mês de gestação, a presença do agente (01) foi essencial para orientá-la e tranquilizá-la sobre o parto e os cuidados em caso de cesárea, mesmo que estas orientações já tivessem sido repassadas pelos demais profissionais de saúde, como acompanhado pela pesquisadora durante muitas das suas consultas de pré-natal, o que também proporcionou um vínculo entre esta e a migrante. De forma carinhosa e atenta, o ACS perguntou se estava tudo bem e se ela já tinha arrumado o que precisava levar para o hospital e se estava faltando alguma coisa para o bebê. A migrante deixou o ACS e a pesquisadora na cozinha e foi ao quarto. Em seguida, retornou feliz trazendo pra ver as duas malas que havia preparado para o parto, a dela e do bebê. Tudo muito bem organizado, com todo o carinho. É um momento muito especial, em que a emoção, a expectativa e o carinho em torno da chegada do bebê ultrapassa o sentimento da migrante que está nesse processo, como contagia o ACS e a pesquisadora. O agente elogiou a organização, desejou um bom parto para a migrante, que ficasse segura e iria transcorrer tudo, afinal, teve uma gravidez tranquila e só sugeriu que levasse mais fraldas, tendo em vista o hospital não fornecer e não se saber quantos dias ela iria ficar hospitalizada. Pediu se o marido ia acompanhar ela, respondeu que sim.

Em ocasião similar, acompanhada de outro agente (03), uma migrante haitiana apresentava sintomas profundos e visíveis de anemia. O agente logo recomendou que fizesse exames de sangue, porém, a migrante disse que já tinha

feito e que os resultados iam ser retirados naquele dia no laboratório. Sua consulta estava agendada somente no próximo mês, no entanto, o agente preocupado ligou para ESF e conversando com a equipe profissional, solicitou priorização no atendimento da migrante devido suas condições que eram visíveis. Em seguida recebeu o retorno da Unidade, dizendo que a migrante poderia consultar na manhã seguinte, devendo estar bem cedo na unidade. Além disso, o agente citou alimentos que seria importante pra ela comer e que ajudariam no combate da anemia e a forma como se preparam. Colocou-se a disposição do que precisasse e se ainda não tinha condições e forças para ir caminhando até a unidade, poderia levá-la na consulta. *Só não podemos ficar desse jeito, não podemos facilitar. Na outra visita que fiz aqui já tinha te dito. Eu saí de férias e você tinha consulta marcada, não sei se você foi. Mas dessa vez você tem que ir. Olha os teus olhos, você está fraca, não tem disposição, só sono.*

Por outro lado, o que se pode perceber é que o ACS na condição de “representante do poder público”, sente-se “responsável pelas famílias que atende”, logo, “a população o identifica como o articulador entre os problemas pessoais ou coletivos” (NASCIMENTO, CORREA, 2008, p. 1310). Por sua vez, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde não está focado apenas na doença, mas sim no sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer. O ACS considera o paciente como “sujeito singular”, na medida em que pertence a uma família, a uma comunidade, ou organizações institucionais, qual seja, o território como espaço de intervenção. Sendo assim, o ACS tem a sensibilidade de ler, escutar e traduzir para os demais profissionais da equipe de saúde, as reais necessidades da população, encontradas em cada residência, em cada pessoa, em cada família e em cada comunidade (NASCIMENTO, CORREA, 2008, p.310).

Isso foi o que aconteceu quando da chegada dos migrantes haitianos em pleno inverno rigoroso no Rio Grande do Sul. O agente (01) conta que *eles dormiam no chão bruto, sem colchão, sem coberta e ainda com pouca roupa. Aqui (se referindo ao local onde estávamos visitando) era onde eles dormiam. Não pude ver aquilo*, expressa o agente. *Não me sosseguei. Fui até às dez da noite providenciando colchões e cobertores. Batia na casa de um e de outro, nos meus amigos, vizinhos e cada um dava uma coisa. Consegui acomodar eles. Imagina com aquele frio, sem nada.*

A conversa com o agente foi fluindo na mesma direção, ao se perguntar o que seria feito quando os migrantes têm alguma necessidade para além da saúde. E ali o ACS (01) começou a relatar: *tem uma criança filha de migrantes, que desde que nasceu está no hospital, seu problema é grave, não tem cura os médicos disseram. A mãe não arreda o pé, até do trabalho saiu para ficar ao lado dele. Eles não têm condições, nem pra comprar os alimentos certos que ele precisa comer, cada dia ele come frutas e legumes diferentes. Eu montei lá em casa, eles moram naquela esquina ali perto de casa, um brechó. Coletamos roupas doadas pelos conhecidos, todas em condições de uso e eu e os outros agentes lavamos tudo e foi feito bilhetes e distribuídos pelos agentes durante as visitas, anunciando o dia e local do brechó. Por peça era cobrado 0,50 centavos e o dinheiro arrecadado foi repassado pra esta família. Outra vez também, montamos mais um brechó, mas sem custo, destinado mais a ajudar os migrantes que precisavam. Agora eu tenho um enxoval pronto, mas é de menina, aquele bebê que nascer e precisar tem esse. Mesmo se for menino, as cores dá.*

Dessa forma, os ACS vão construindo relações horizontalizadas, atuando como “mediadores na constituição das redes de apoio social, favorecendo a solidariedade na esfera pública”. Assim, “se colocar no lugar do outro é respeitar os diferentes sujeitos em sua diversidade, livrando-se de preconceitos e estigmas que os desvalorizam e impedem o seu reconhecimento”. A solidariedade “opera na construção da cidadania e da emancipação dos sujeitos” (LACERDA, MARTINS, 2013, p. 207- 208).

As escutas oferecidas pelos ACS aos migrantes estabelecem uma relação de um terapeuta da comunidade. O perfil solidário é a base deste vínculo. Para Nascimento, Correa (2008, p. 1311) os Agentes Comunitários de Saúde “se sentem responsáveis não só pelos problemas identificados na comunidade, mas se solidarizam com o sofrimento das pessoas, ouvindo as demandas, buscando compreendê-las e realizando parcerias no sentido de encontrar soluções criativas e originais”. Nesse sentido, entendem que os Agentes Comunitários de Saúde ao estabelecerem vínculos, estimulam a capacidade das pessoas para enfrentarem seus problemas a partir de suas condições concretas de vida.

A partir desse entendimento, acredita-se que o auxílio e apoio recebido pelos ACS são fundamentais para a resiliência dos migrantes e a superação de dificuldades que acabam recaindo sobre a sua saúde.

A construção e a manutenção do vínculo com o migrante se dá por meio de uma relação humanizada do ACS. Esses usuários têm nome, histórias, sonhos, angústias, sofrimentos e alegrias. Em muitas visitas domiciliares, a primeira expressão que lhe é apresentada pelos migrantes é um olhar baixo, distante, triste, sem motivação. Até o final da visita, após conversas e a despedida, esta expressão é substituída por um sorriso e alegria no olhar. A conversa muitas vezes não fluiu pela dificuldade de entender o idioma local, mas o envolvimento do agente, a interação dele com as crianças, um elogio, os gestos alegres contagiam o ambiente e as pessoas envolvidas, como se ali não tivesse mais, ao menos momentaneamente, um vazio, uma tristeza, uma dificuldade. Os ACS revelam habilidades e sensibilidades para lidar com essas situações, que vão muito além dos problemas de saúde.

Mas não são todos os ACS que seguem a linha da humanização. Acompanhando o ACS (04) que é responsável por uma área com expressiva quantidade de moradores migrantes, este demonstrou no primeiro contato com a pesquisadora, a insatisfação já com a atividade da pesquisa de acompanhar os ACS nas casas dos migrantes. *“Todos saem de férias, e sobra pra mim”*. Saiu resmungando e não entendi mais o que disse. Já tinha escutado no ambiente da UBS/ESF que o mesmo é *sempre descontente com tudo, tudo reclama, nada dá certo*. Na conversa ainda na UBS/ESF, o agente se referindo a minha pesquisa, disse *que essas saídas não vão adiantar de nada pro teu trabalho, você vai ver*. No fundo, ele não entendeu o propósito das observações. Isso não serviu de desestímulo para a pesquisa de campo, afinal, uma pesquisa não se dá apenas com vivências positivas, como no caso do comprometimento e sensibilidade de um ACS, que diferente deste promove brechó, ajuda com alimentos, roupas, que está sempre preocupado com os migrantes.

Logo na saída da UBS, a caminho das visitas domiciliares, o ACS ao se deparar com um migrante haitiano no outro lado da rua, não hesita em dizer: *ai tão eles, óh. A vizinhança não aguenta a gritaria, saem, se mudam e deixam tudo abandonado as coisas na rua. Até é engraçado, o brasileiro que paga tudo e eles vem e usufruem de graça a saúde. Não podia ser assim, isso não tá certo*. Mais adiante diz que *os haitianos são uns porcos, relaxados, baderneiros*.

Depois de várias visitas com o ACS (04), entra-se no mesmo assunto sobre possíveis ajudas aos migrantes em suas necessidades, o que ele fazia enquanto

agente e como reagia diante dessas situações de vulnerabilidade. Logo veio a resposta: *eu não ajudo, não dou nada. Passo tudo pra unidade, tem a saúde e a assistência pra ver isso. São tudo uns baseados, ganham tudo pronto. Eu sempre digo pros vizinhos, eles chegam vocês correm ajudar, dar isso e aquilo. Eles não valorizam e vocês deixam eles mal acostumados. Essa senhora aqui (me apontando a casa) quando chegou essa família haitiana, fazia pão pra eles e levava lá na casa. Hoje, eles batem na casa dela pra pedir pão, como se ela tivesse obrigação. Você ajuda um dia, depois querem sempre.*

A falta de sensibilidade, de afetividade e de compaixão do ACS com o problema do outro reflete a era líquida a que se vive, que segundo Bauman (2007, p. 30) “os vínculos humanos são confortavelmente frouxos, mas, por isso mesmo, terrivelmente precários, e é tão difícil praticar a solidariedade quanto compreender seus benefícios, e mais ainda suas virtudes morais”. Por sua vez, “o novo individualismo, o enfraquecimento dos vínculos humanos e o definhamento da solidariedade estão gravados num dos lados da moeda cuja outra face mostra os contornos nebulosos da “globalização negativa”. Como pontuaram Antaki e Widdicombe (1988, apud COSTA, 2018, p. 249), a discriminação e o preconceito são causados por comparações cognitivas entre nós e outros, assumindo a nossa superioridade. Já nas palavras de Lévinas (1980) isso representa o assassinato do outro, pela morte de seu rosto.

Para muitos migrantes, nada restam senão os muros, o arame farpado, os portões controlados, os guardas armados. Há também outros tipos de muros, não físicos, porém com o mesmo efeito de deixá-los de lado da sociedade. São muros da discriminação, da indiferença, da estigmatização e do individualismo que deixam claro a divisa entre “nós” e “eles”. Lamentavelmente, a hostilidade ainda se faz presente em algumas ações da política pública de saúde e durante a pesquisa foi o único profissional que demonstrou desinteresse em acolher e auxiliar os migrantes.

Por outro lado, Bauman (2008, p. 105) destaca que:

mede-se a capacidade de carga de uma ponte pela força de seu pilar mais fraco. A qualidade humana da sociedade deveria ser medida pela qualidade de vida de seus membros mais fracos. E desde que a essência de toda moralidade é a responsabilidade que as pessoas assumem pela humanidade dos outros, esta é também a medida do padrão ético de uma sociedade.

Com exceção do ACS (04), no qual durante as visitas aos migrantes as suas ações não iam além do que propriamente as atribuições da função de ACS, as condutas dos demais ACS demonstraram interesse e sentem-se corresponsáveis pelos problemas que afetam à saúde dos migrantes e buscam atender as necessidades que emergem no contexto de cada família. No entanto, o que propõe Nogueira, Silva, Ramos (2000, p. 12) é que o trabalho do ACS “seja visto como um operacionalizador de uma das inúmeras interfaces”, pois “ele ajuda a abrir as portas da solidariedade comunitária, mas também as de acesso aos direitos sociais, incluindo saúde e outras dimensões do bem-estar”.

Por outro lado, as observações permitem perceber, que há um reconhecimento por parte dos demais profissionais que compõem a equipe do ESF (médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros) de que os ACS conhecem melhor a área e a necessidade das pessoas que vivem ali, por isso, determinam as casas que precisam ser visitadas e as pessoas que demandam maior cuidado. *Nas quartas-feiras não temos atendimento do médico na ESF, eu e meu colega (técnicos de enfermagem) sempre acompanhamos o ACS nas visitas domiciliares, verificamos a pressão, levamos informações e tiramos as dúvidas da população. Na semana que eu saio, meu colega fica na unidade e assim a gente se reveza. O “...” conhece tudo, os migrantes e cada um onde mora, se referindo a ACS que estamos acompanhando nas visitas aos migrantes, no caso o agente (01). Nós ficamos mais na unidade, não temos todo esse conhecimento da realidade, o que sabemos é aquilo que o agente nos passa e comenta a situação das pessoas. Quando precisa, o médico também fez visitas domiciliares com os ACS. Como eles moram aqui, conhecem a realidade de cada um.*

O que seria da equipe de saúde se não fossem os ACS ter o conhecimento do contexto da saúde de cada um? A importância do trabalho do ACS se dá através de suas ações que criam redes de convívio, laços e confiança com a comunidade, o que por consequência, fortalece as demais relações e ações que são criadas entre as UBS/ ESF. Para cuidar de alguém deve haver confiança e essa só é construída a partir do envolvimento, da afeição mútua e sob a atuação da igualdade.

Em outro momento, as visitas foram realizadas por outro técnico de enfermagem e ACS (02). Em uma família visitada, demoraram abrir a porta, pois estavam dormindo, chegaram de madrugada do trabalho. A visita precisava ser feita por que lá o casal e uma cunhada que mora junto, todos tem problemas com

pressão alta e também era sabido pelo agente e o técnico que o filho estava deixando de ir na escola, saía de casa pra ir, mentia pros pais e não ia, ficava na rua. O técnico de enfermagem auferiu a pressão de todos, alertando-os que estava anormal, recomendou o cuidado com alguns alimentos e com o controle da pressão. Eles compreenderam bem as orientações, pois todos já entendem português, o que facilita muito o trabalho dos profissionais. Quanto ao filho, de apenas dez anos, tinha deixado de ir à escola e estava na cozinha jogando no celular. O agente pediu ao pai para chama-lo, pois queriam conversar com ele, demorou um tempo para vir até a sala. O técnico conversando com ele disse *o quanto é importante estudar, pra mais tarde conseguir um bom emprego, ter seu dinheiro e não ficar dependendo dos pais. Os dias que você falta à aula perde o conteúdo, depois cai na prova você não vai saber. E teus amigos são legais?* (aqui perguntou por que se tinha a informação que ele foi visto com jovens que consomem drogas). Ele disse que sim. *Quem são teus amigos, amigos são pra coisas boas* destacou o técnico de enfermagem. Meu vizinho aqui debaixo, respondeu o migrante. Pelo conhecimento da realidade, o ACS disse que não há nada que desabone o amigo. O técnico ainda se colocou a disposição daquilo que ele precisasse na unidade. *Qualquer dúvida que você tiver é só nos procurar. Você sabe aonde é a unidade, né.* Os pais também demonstraram preocupação com o filho, só que no horário que o filho tem que ir pra escola, eles estão trabalhando, não conseguem acompanhar.

Pode-se observar que durante as vistas domiciliares e enquanto percorrem os espaços da comunidade, o ator principal do processo de saúde na comunidade se concentra na figura do ACS e não o técnico de enfermagem, enfermeiro, ou médico. O deslocamento dos demais profissionais da equipe de saúde até o território, na casa das pessoas, representa um dispositivo potente para se estabelecer relações de diálogo e de alteridade e também traz à tona a importância da figura do ACS na integração entre território e equipes das UBS/ESF.

O trabalho do ACS traz uma complexidade diferente em relação às demais atividades da equipe, pois de acordo com Lunardelo (2004, p. 118) “ele utiliza de todos os recursos disponíveis de tecnologias leves de saúde. De certa forma constitui em um trabalho desafiador, na medida em que ele necessita de um vasto conhecimento sobre crenças, culturas e vidas”. Dessa forma, “ele está responsável pela obtenção de informações junto às famílias, como um olheiro da equipe”.

A satisfação no trabalho realizado pelos ACS está ligada “ao papel social que este desempenha dentro da sua comunidade e ao reconhecimento deste, aliado ao fato que a possibilidade de ser agente confere-lhes novas perspectivas, tanto no âmbito pessoal, como familiar e comunitário” (LUNARDELO, 2004, p. 83).

Há uma ambiguidade de sentimentos presentes no trabalho dos ACS. Ao mesmo tempo em que se sente “*um amigo*” dos migrantes, revela-se também um agente sensível, responsável em ajudar estes nas suas necessidades. Segundo Lunardelo (2004) o ACS é “depositário de inúmeras expectativas”. E as expectativas não são apenas dos usuários, como suas próprias, ao levar as demandas dos usuários à equipe de saúde e a resposta que o sistema dará. Nem sempre o agente consegue responder a todas as demandas, que não ficam restritas à saúde, como arrumar um emprego, fornecer alimentos, auxílio na Assistência Social, entre outros.

Como referiu a ACS 01: *A gente vê de tudo, coisas boas e ruins, o desemprego, as dificuldades econômicas, a falta de alimento, o ambiente familiar, a relação da pessoa com os demais da família ou moradores da casa. Como a gente já estabeleceu este vínculo e mora aqui, você acaba conhecendo a realidade de cada um (ACS, 01).*

Em visita domiciliar realizada na residência de uma senhora haitiana, com 64 anos e com quadro de hipertensão, depara-se com a vulnerabilidade, situação a qual muitos migrantes se encontram durante o processo de mobilidade. A migrante mora sozinha em apenas dois cômodos, um corredor sem luz e um quarto sem janela, úmido, mofado, onde tinha apenas sua cama e um armário que guarda seus utensílios domésticos e alimentos. Na verdade, os alimentos como a própria mostrou, se resumia a um pouco de café, açúcar, feijão e alguns condimentos. Talvez tenha sido a visita que mais impactou, pois além da migrante dizer que não tinha dinheiro, sem ter algo para se alimentar, disse que uma irmã e um filho moram na mesma cidade. Em sua fala e constantes gestos, sem saber falar português demonstrou que não queria ajuda deles e não foi adentrado em suas razões. O ACS (01) chamou um vizinho do mesmo pátio, um haitiano, para fazer a tradução e confirmou que ela não queria a ajuda da irmã, o que já era de conhecimento do agente e dos demais membros da equipe de saúde.

A grande preocupação do ACS (01) com essa migrante, era que ela precisa de um controle constante da pressão arterial e que é agendado consultas e a mesma não vai e quando vai na unidade de saúde vai desacompanhada de uma

pessoa que fala português, inviabilizando a comunicação entre as partes. O vizinho traduziu a preocupação do agente, reforçando que precisa ter alguém lhe acompanhando na UBS e ir nas consultas que são agendadas. *A médica quer ver ela, ela precisa ir lá, insistiu a agente, mas tem q ir alguém da família que entenda o que temos para passar pra eles.*

Quanto à falta de alimentos, a migrante é ajudada nas refeições pelos amigos vizinhos, que também são migrantes e em condições não muito diferentes. O ACS (01) se comprometeu de levar alimentos para ela e no caminho me contou que *sempre ajuda. Chego a pegar alimentos da minha casa pra trazer pra ela, não consigo ver a situação dessa senhora. Outras vezes, faço uma vaquinha, chego na UBS e começo a recolher um tanto de um e outro. Todos me ajudam. Aproveito as ofertas no supermercado para comprar o que precisa, eles gostam muito de frutas e legumes. Quando retorno na Unidade em outras ocasiões, vou prestando conta pras gurias e assim que vai ficando pouco o dinheiro, já é feito uma outra coleta e assim vai.*

No mesmo pátio, mora o vizinho que ajudou na tradução na visita anterior. A família é composta por ele, a esposa e duas crianças, um com 8 anos e outra de 1 ano e 4 meses. Ele já estava nos esperando e o agente me diz: *Dani. Esse é o que salva a pátria, sempre me socorre. Me ajuda em tudo. Eu queria ele lá dentro da Unidade de Saúde ajudando, ele domina inglês, espanhol, francês, creolo. Pensa, como seria mais fácil pra nós. A Secretaria da Saúde tentou contratar ele pra ajudar dentro da UBS, mas não conseguiram encaixar ele no processo de seleção do CIEE. Lá no CRAS tem um haitiano que ajuda os migrantes, presta orientações para aqueles que chegam, faz tradução e acompanha nos lugares que chamam (o mesmo que já foi relatado em outro momento pela chefe da ESF). E assim ia ser na Saúde, pois muitos migrantes chegam e eles não sabem falar o que querem ou estão sentindo. O casal de migrantes está desempregado o que dificulta viver na cidade. Tem vontade de voltar pro Haiti, porém, o custo é elevado, quase vinte mil para levar toda a família destaca o migrante, que pediu pro agente que se soubesse de um emprego, para lhe avisar, pois estava precisando e tem os filhos pra criar. O agente disse que se souber de algo, iria lhe avisar. Eu gosto muito dele Dani, não vou deixar ele ir embora, ele me ajuda muito, vou tentar arrumar um emprego pra ele.*

O ACS (01) que atende a maior abrangência de migrantes na cidade é o profissional que mais se destaca em toda pesquisa de campo, fazendo despertar na pesquisadora sentimentos de carinho e admiração e a satisfação de conhecê-lo, o que se deve ao seu envolvimento com a população migrante, sempre atento, preocupado, humano, sensível, solidário e responsável. A atuação desse agente ultrapassa as atribuições profissionais de saúde, mas faz brotar a humanidade do ser humano, algo tão raro em dias atuais, principalmente em relação aos migrantes, manifestada pela abertura do seu eu ao outro e na sua responsabilização, pelo reconhecimento, respeito, sensibilidade, acolhida e inclusão destes na sociedade. As atitudes desse ACS é algo diferencial do se viu em tantas práticas de saúde observadas, muito embora estas também se alicercessem na responsabilidade, cuidado, atenção e esforço em ajudar os migrantes, o tecnicismo ainda compete com a humanização de saúde.

Em relação ao trabalho em rede, os ACS demonstraram satisfação com o retorno e comprometimento vindo da sua equipe de saúde. No entanto, *quando se trata de receber respostas e ajudas de outras secretarias isso não é tão fácil. Até que a Secretaria de Educação, as escolas são mais companheiras, mas a da Assistência, canso de pedir as coisas e não sou atendida ou as vezes demoram atender. Essas questões dos migrantes tenho que me virar, eles não se importam. E daí nas reuniões falam da rede, tem que procurar a rede. Mas que rede? Que se a gente precisa não funciona*, desabafa o agente (01).

A perspectiva da intersetorialidade na atuação, princípio norteador do SUS, implica na articulação das equipes de saúde e de demais setores governamentais e não governamentais. A saúde envolvendo uma rede de serviços e ações, devem se voltar a metas comuns, para o desenvolvimento de ferramentas capazes para intervir nos problemas e necessidades de saúde. Como leciona Lunardelo (2004) o que se aparenta intersetorialidade no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, é na verdade, solidariedade. Isso se justifica por que, a sensibilização das demandas dos migrantes fica na individualidade de alguns profissionais. Como já observado, alguns preferem não se envolver com estas questões, enquanto outros são mais sensíveis e humanos.

Sendo assim, os ACS estão valorizando um dos grandes princípios do ESF, estabelecendo vínculos com a comunidade, com as famílias e ao mesmo tempo, desenvolvendo o processo de humanização nas relações com os usuários. No

entanto, ao questionar os ACS sobre se tiveram alguma capacitação ou reunião com a Secretaria da Saúde quando se depararam diante da intensa demanda dos migrantes aos serviços de saúde, se receberam alguma orientação, um agente responde, *não, nunca o secretário nos passou nada, ou veio ao nosso encontro para saber as reais dificuldades que nos estávamos enfrentando em atender todos esses migrantes e que não param de chegar. O que a gente desenvolve faz parte da humanização da saúde instituída pela ESF.*

Logo, é sem dúvidas, o perfil do ACS que influencia no trabalho com a comunidade e no seu vínculo com os migrantes. Por meio das vivências e conversas que fluíram durante as caminhadas até as residências dos migrantes, mostra que a maioria dos ACS gostam do trabalho que fazem e sentem-se satisfeitos, como o sentido de “cuidar” das pessoas é constante entre eles e suas ações.

O que se observa é que a maioria que exerce as atribuições de ACS são as mulheres. Como destaca Galavote *et al.* (2011) e Garcia *et al.* (2017) a mulher ao longo da história tem sido vista como cuidadora, o que lhe confere sensibilidade e credibilidade com a comunidade em que atua. Essa mesma tendência, é conferida entre a categoria dos profissionais da saúde, que basicamente é formada por mulheres, o que pode ser justificado pelo papel de cuidadora que a mulher exerce, seja na sociedade como na família, na criação dos filhos, no cuidado com idosos da família. Para Ferraz e Aerts (2005) a vivência da maternidade representa uma experiência positiva, o que é bem-vindo no contexto dos cuidados à saúde infantil desenvolvidos pelo agente.

Dessa forma, procurou-se caracterizar e destacar a importância do ACS no atendimento da população migrante, que se distinguem culturalmente e que em sua maioria estão em situações de maior vulnerabilidade. O que se revela através da pesquisa é que os ACS enquanto atores ativos dessa dinâmica social, ao promoverem a saúde estão promovendo a valorização dos migrantes, seres humanos, merecedores de respeito, dignidade e hospitalidade. Os ACS são essenciais na universalização e integralidade da Política Pública de Saúde, atuando como verdadeiras pontes de diálogo e de alteridade não só em relação aos migrantes como com toda a população.

Sendo assim, as pontes de alteridades construídas pelos profissionais de saúde (receptionistas, agentes de apoio, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, Agentes Comunitários de Saúde) e que foram observadas no decorrer das

práticas de saúde, nos atendimentos dos migrantes e nas visitas domiciliares operam para a outridade do cuidado.

4.1.3 A outridade do cuidado

Os espaços de saúde podem ser compreendidos como “espaços sociais de proximidade relacional”, assim definido por Fortuna e Silva (2005) que favorecem zonas de contato, sendo um universo de relações de amizade, vizinhança, companheirismo, de interconhecimento pessoal e de trabalho. Trata-se de espaços de interação situados entre o domínio público e o privado, de livre acesso e sociabilidade que podem promover o alargamento e a diversificação das relações sociais em contraposição ao fechamento individualista e de solidão comunicativa (FORTUNA, SILVA, 2005).

Os espaços de proximidade requerem um determinado grau de partilha de referências culturais, uma vez que os indivíduos se confrontam com a diversidade e a alteridade permanentemente. São espaços que se alteram a todo momento, inacabados, dinâmicos, de mutabilidade das próprias identidades e culturas (FORTUNA, SILVA, 2005). Tanto é assim, que os espaços de saúde são locais de encontros permanentes com as diferenças e com novos usuários da saúde, logo, esses encontros exigem dos profissionais de saúde que operam nesses espaços, a abertura para acolher o outro e suas diferenças numa relação de igualdade e responsabilidade, o afastamento da redução e da categorização do outro que se apresenta. É nesse movimento ético que a alteridade é constituída.

As pontes de alteridade estabelecidas no decorrer das práticas dos profissionais de saúde no atendimento dos migrantes permitem vislumbrar a outridade do cuidado, ou seja, um cuidado que emprega como fundamento a aproximação do eu ao outro, de colocar-se no lugar do outro, de constituir-se o outro, de perceber o outro como pessoa singular, diferente do eu, sentir a dor do outro. Nesse sentido, o construto da outridade do cuidado permite dialogar com a hospitalidade, o reconhecimento das diferenças, a tolerância e a dignidade humana.

A outridade do cuidado de saúde no caso dos migrantes, parte da compreensão da vulnerabilidade do seu rosto, dos sofrimentos que os obrigaram a deixar suas famílias e terras natais como também das dificuldades que acompanham a mobilidade e a adaptação em uma nova terra. A outridade do

cuidado reside no bem acolher, de acalantar não apenas as dores físicas, biológicas, mas as dores da alma transmigrada, afinal, como questiona Gambini (2006) a alma transmigrada é bem acolhida pela outra que já se encontra estabelecida no lugar do desembarque ou rejeitada? Encontra eco ou resistência? É assimilada ou negada, oprimida, hostilizada e incompreendida?

A hospitalidade do outro é elementar na outridade do cuidado, logo, requer receptividade, afastamento da hostilidade, o acolhimento do outro. No entanto, o hóspede por vezes é o diferente, o desconhecido, o “estrangeiro” como denominou Derrida (2003), o estranho que deve pedir a hospitalidade numa língua que não é a sua, mas a imposta pelo dono da casa, o hospedeiro, a nação, o Estado, os quais têm o dever da hospitalidade.

A outridade do cuidado é uma abertura ao outro, uma comunicação, uma convivência. Por sua vez, a comunicação entre hóspede e hospedeiro é uma necessidade para o acolhimento e a convivência humana. Contudo, a diferença de idioma, enquanto muros, barreiras nas práticas da política pública de saúde no atendimento dos migrantes, comprometem a hospitalidade dessa população no território da saúde e conseqüentemente, a outridade do cuidado. Daí destacar a comunicação como liame que intermedia a relação do eu com o outro e que atua na aproximação, compreensão e no diálogo. Porém, não havendo esse diálogo para a abertura, acolhimento e compreensão do outro, não há como se falar em alteridade e muito menos na instituição da outridade do cuidado.

O cuidado com o outro demonstra interesse, dedicação, atenção, escuta, importância, acolhida, afeto, sentimento, responsabilidade, solidariedade o que faz surgir o humano do ser. Estes são os antídotos contra a indiferença, o descaso, o preconceito que mata o outro, liquida as relações, fere a essência humana (dignidade), impede a outridade do cuidado. Cabe ao ser humano desenvolver a alteridade, pois só então ele se apresenta como um ser ético, operador do cuidado.

Assim ocorre com os profissionais da saúde pois, se a humanidade do ser não preponderar sobre as ações técnicas (também essenciais nos cuidados em saúde), o cuidado humanizado e acolhedor, a universalidade e a integralidade da saúde não se consumam. Nesta linha, a outridade do cuidado confronta as relações verticais, unilaterais e hierarquizadas, desafia o tecnicismo das práticas de saúde e se utiliza das tecnologias leves (falas, escutas, vivências, vínculos, acolhimentos) para conduzir um movimento ético de alteridade no cuidado da saúde.

Nada agride mais a outridade do cuidado do que a cegueira humana, o egoísmo, a indiferença, a intolerância, estigmatização do outro, como uma atitude de um profissional de saúde que demonstra certa dificuldade de dividir o mesmo espaço com os migrantes. No entanto, como visto, esse comportamento não se aplica aos demais profissionais de saúde no atendimento da população migrante, pelo contrário, esses garantem a hospitalidade e seus atributos, especialmente os ACS.

A Figura 17 ilustra a forma como se dá a relação do eu (profissionais de saúde) e o outro (migrante) e a construção das pontes de alteridade durante os encontros com os migrantes nos espaços de ações da política pública de saúde, as condições necessárias que as edificam e que também asseguram a outridade do cuidado.

Figura 17 – A outridade do cuidado



Fonte: Da autora.

Por fim, esse conceito pode ser aplicado em todas as relações sociais e possibilita refletir os comportamentos, as percepções, os valores frente ao outro, migrantes ou demais rostos nus que a sociedade apresenta. Afinal, a alteridade com o outro implica ser questionada em todas as esferas: individual, coletiva e planetária. A outridade do cuidado vai além do cuidado dispensado nas práticas de saúde, contempla um cuidado voltado às pessoas, aos direitos humanos, à dignidade.

O cuidado se revela pela saída de si ao encontro do outro, mas também pela aproximação e a convivência, a exemplo da relação instituída pelos porcos espinhos, que ao garantir uma aproximação suficiente para se relacionar sem se ferir

e magoar, fizeram do amor, da solidariedade, da compreensão e da comunicação a base para uma boa convivência e sobrevivência. A convivência não anula as diferenças, mas obriga ter respeito pelo outro e tolerar o que nos causam estranheza e inquietude. A outridade do cuidado se aprofunda na alma aberta, nos laços de afeto, no sentimento de pertença e familiaridade. É um propósito a favor de uma sociedade hospitaleira, incluyente, fraterna e solidária, principalmente com os migrantes que clamam pelo encontro entre eu e o outro. É um convite para olhar o outro com lentes mais humanas.

Por fim, a outridade do cuidado é simultaneamente uma utopia e uma prática. Como utopia demonstra um desejo e um desafio, a emergência e a necessidade de se estabelecer a alteridade com uma população que necessita ser bem acolhida e cuidada. Já como prática, representa a ascensão da alteridade, da humanidade da humanidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encerrar a presente pesquisa algumas considerações precisam ser realizadas, uma vez que estas foram fundamentais na composição do conceito da outridade do cuidado.

Os migrantes são os rostos que a atualidade tem apresentado constantemente, que somados a muitos outros rostos nus reclamam por visibilidade e reconhecimento e ao mesmo tempo desafiam a sociedade enquanto indivíduos, assim como provocam a implementação de políticas públicas para a relação do face a face, uma relação ética, de alteridade que a partir das análises inspiradas por Lévinas se dá quando o rosto é acolhido. A base cimentar desta relação está na hospitalidade pelo poder que tem em promover encontros, aproximar as pessoas e acolhê-las.

As políticas públicas entendidas como o Estado em ação e instrumentos de proteção e garantia dos direitos sociais, por conta de sua natureza coletiva devem ser pensadas a partir da alteridade, já que são instituídas e voltadas para um terceiro, um outro que carrega consigo um modo próprio de andar a vida e suas diferenças. Do ponto de vista da alteridade, o Estado e os profissionais das políticas públicas devem primar pelo olhar para o outro, seja este nacional ou migrante, cumprindo com o mandamento de amar o seu próximo e de “não matarás”.

Logo, pensar a alteridade na política pública de saúde passa necessariamente pela hospitalidade, pela maneira com que os migrantes são acolhidos pelos profissionais de saúde, afinal, é nesses encontros que se vê a abertura do eu para o outro, a responsabilidade e o comprometimento pelo rosto que se apresenta.

Por sua vez, as UBS/ ESF enquanto espaços de proximidade relacional, mutantes e dinâmicos demonstram pelas práticas de saúde acompanhadas, o

interesse em estabelecer a hospitalidade aos migrantes que passam a contracenar nos espaços de saúde como novos usuários do SUS, a partir da adequação do sistema público de saúde para atender as especificidades dessa demanda, da dinâmica e flexibilidade dos profissionais de saúde que incessantemente, se esforçam individualmente e como equipe para acolher e oferecer um atendimento de qualidade, o que se mostra como um grande desafio absorver a população migrante na política pública de saúde.

A pesquisa revela ainda, que para garantir a universalidade do direito à saúde dos migrantes e um atendimento adequado e acolhedor, a alteridade dos profissionais de saúde se apresenta como uma condição necessária e a ser efetivada nas ações de saúde, pois se está diante de um outro multicultural, fragilizado e vulnerável que clama por uma relação ética, que ao invés de fechar as portas, o acolha.

Afinal, os migrantes buscam nos serviços de saúde não apenas atendimentos e um alívio para suas dores e doenças, mas também condutas e ações dos profissionais de saúde que amenizem outros sofrimentos que igualmente acometem a sua saúde, o seu bem-estar e a sua dignidade, que estão ligados ao acolhimento, à aceitação, ao respeito, ao afeto, ao reconhecimento, aos relacionamentos e à inclusão social. Nota-se então, que estas atitudes são substâncias indispensáveis que compõem a fórmula da alteridade, o melhor remédio que os profissionais de saúde podem ofertar para aliviar as dores psicológicas e emocionais daqueles que transitam pela vulnerabilidade e pela vida nua.

A política pública de saúde concentra suas ações no cuidado e na responsabilidade pelo outro, logo, a alteridade na área da saúde alarga a noção de cuidado a caminho da outriedade do cuidado, ultrapassa as práticas tecnicista, centrada na doença e em relações verticais para uma atenção voltada às pessoas e ao seu contexto, que se dá em relações horizontais e de acolhimento que favorecem o vínculo entre as partes e a integralidade da saúde. Sendo assim, a alteridade pode ser vista como a ressignificação do cuidado que se dá na relação ética do eu (profissional de saúde) com o outro (migrante), que através da humanização do cuidado da saúde reconhece além das necessidades biológicas e fisiológicas, as necessidades psicológicas dos seres humanos.

A partir da crise da humanidade trazida por Bauman (2017), a sociedade planetária foi forçada pelos que batem as suas portas, a confrontar olho no olho com

os invisíveis da sociedade, do estado e do mundo. Desse modo, a proposta desta pesquisa veio no sentido de investigar como se dá a alteridade dos profissionais de saúde no enfrentamento imposto pela presença dos migrantes. Afinal, a política pública de saúde como sendo um dos principais canais receptores dos migrantes na sociedade de instalação, sofre diretamente esta pressão, o que recai sobre a sua organização, na forma de responder as necessidades e expectativas da população migrante e no garantir do direito de todos à saúde.

Por sua vez, os espaços de saúde sejam eles no ambiente das próprias UBS/ESF ou na comunidade em que se dão as visitas domiciliares, são lugares onde se convergem as tensões expostas pelo (des)encontro das diferenças. Por conta disso, os profissionais de saúde além de suas atribuições técnicas, exercem o papel de mediador das tensões e emoções, atuam na desconstrução de preconceitos e na construção do convívio pacífico das diferenças.

Desta forma, com a pesquisa de campo foi possível vivenciar e observar nestes espaços de saúde, a rotina dos profissionais de saúde, os comportamentos, as falas, os valores, as percepções e as práticas dispensadas para o acolhimento e o atendimento dos migrantes, ou seja, esta oportunizou verificar a questão da alteridade, as potencialidades e os desafios dos profissionais da política pública de saúde no atendimento desta população. Sendo assim, os dados empíricos dão suporte juntamente aos dados teóricos para uma discussão mais ampla sobre a importância e a necessidade da alteridade no acolhimento dos migrantes e na sua inclusão social.

Nota-se a partir das vivências, que se na sociedade o que se tem em muitas circunstâncias é uma crise nas relações humanas, um abandono crescente da sociabilidade, uma perda de conexão entre as pessoas e, que em se tratando de migrações esta se dá pelo descuido e o descaso com os migrantes que não causam comoção, sensibilidade e compaixão, num menosprezo à solidariedade, à dignidade humana e aos direitos humanos, por outro lado, o que se presenciou no espaço da política pública de saúde praticada nos locais investigados e nas práticas dos profissionais é o cuidado, a atenção e o comprometimento com os migrantes.

Nesse sentido, as práticas de saúde adotadas pelos profissionais baseadas num cuidado humanizado com os migrantes são capazes de romper com comportamentos desumanos e excludentes que persistem na sociedade e que ao instituírem relações sociais mais justas e humanas constroem pontes de alteridade,

que se alicerçam no ato do acolhimento, na hospitalidade, na escuta, na atenção, no respeito pelas diferenças, na responsabilização pelo migrante e com a sua inclusão não somente nos serviços de saúde como também no tecido social. No entanto, somente com as pontes de alteridade é que a outridade do cuidado se realiza.

Pontes são ligações, aproximações, sustentação entre um ponto e outro, é o que interliga o eu e o outro e que tem como sustentáculo o diálogo e a responsabilidade do eu sob o outrem. A saúde como ato de acolhimento e de hospitalidade caracteriza-se por uma relação não alérgica ao migrante, de tolerância, diluição das diferenças e homogeneização do outro e nesta seara, os profissionais de saúde atuam como construtores de pontes e mediações locais, articulando os migrantes e as instituições, potencializando o apoio social, o cuidado e a diminuição das desigualdades no acesso à saúde.

A pesquisa demonstrou nas práticas de saúde a assunção da alteridade e da ética do outro que decorre dela, tão essencial para tornar as relações sociais mais humanas. Precisamente aqui se encontra a base da compreensão da hospitalidade e da relação ética com o outro (migrante), a partir da superação do eu (profissional e saúde) e do seu individualismo indo ao encontro do outro.

No entanto, embora a grande maioria dos profissionais de saúde atuem nesta construção, ainda se tem aqueles que mantêm uma relação alérgica à alteridade, muram e se fecham para uma relação mais próxima e acolhedora com o migrante, o que deixa claro a hostilidade, a resistência e o preconceito existente na sociedade sob a pessoa do migrante. Logo, é a hospitalidade quem assegura a convivência fraterna com o outro e isso não é diferente quando se tem a hospitalidade como uma expressão de cuidado na saúde.

No entanto, a hospitalidade tão almejada pelos migrantes e também buscada pelos espaços públicos de saúde, é comprometida quando os profissionais se deparam com um “hóspede” que chega e fala outro idioma. Surge aí a dificuldade inicial para a hospedagem da população migrante no sistema público de saúde, já que compreensão da língua portuguesa pelos migrantes é condição para o início da relação hospedeiro e hóspede, afinal, a comunicação é elemento chave para a alteridade. É nesse sentido, que o idioma pode ser considerado um muro, um obstáculo nas práticas de saúde, que diferentemente das pontes, divide e distancia os profissionais de saúde e os migrantes.

Contudo, a redução ou eliminação da barreira linguística no espaço da política pública de saúde além de garantir a equidade na saúde, melhorar a qualidade do atendimento do hóspede migrante, o diálogo estabelecido conduz o eu profissional de saúde para um movimento de alteridade, de relação face a face, permitindo se aproximar, instituir a confiança e compreender melhor o contexto do outro, suas dores e anseios e a partir daí, dar uma resposta com maior segurança à sua demanda.

Muitos foram os momentos em que se presenciou esse impasse nas práticas de saúde, pelo qual se destaca a relevância de familiares, amigos ou de outros migrantes presentes nos espaços de saúde como intermediários na tradução. Contudo, na ausência deste o que se vê são relações fragilizadas, unilaterais, mal sucedidas, sem alcançar o êxito e a qualidade que se pretendia com as práticas de saúde, vindo a comprometer a humanização do cuidado e a própria alteridade dos profissionais com os migrantes. Essas situações ao impossibilitar a alteridade, impede também avançar na outridade do cuidado.

Felizmente, em contato realizado após o encerramento da pesquisa de campo com a Secretaria Municipal de Saúde e com profissional que fez parte da pesquisa de campo, foi informado que o Município considerando esta dificuldade e a importância da comunicação nos atendimentos de saúde, efetivou a contratação de uma migrante haitiana com esta finalidade, de auxiliar no diálogo entre profissionais de saúde e migrantes, principalmente na UBS/ESF central onde mais se presta atendimentos. A essencialidade de um tradutor é ainda maior quando se envolve atendimentos de migrantes gestantes que sofrem duplamente, primeiro pela condição vulnerável que se apresenta muitos migrantes e segundo, pelas mudanças, inseguranças e medos que acompanham a maternidade.

A atuação dessa migrante intermediária, como destacado por este profissional, muito tem contribuído na tradução nas ações de saúde tanto dentro como fora da Unidade, principalmente neste momento de COVID- 19, a qual acompanha os Agentes Comunitários de Saúde em visitas domiciliares aos migrantes, repassando as informações sobre os cuidados com a saúde em relação à pandemia, em caráter de prevenção como do próprio tratamento, já que muitos migrantes contraíram o vírus e habitam em pequenas e precárias moradias e que na maioria das vezes são compartilhadas por mais migrantes, o que compromete a necessidade de isolamento e expõe a possibilidade de transmissão.

É uma iniciativa extremamente relevante por parte do Município e que merece ser destacada, pois vem ao encontro daquilo que se espera das políticas públicas e de uma verdadeira cidade de acolhida, inclusivas, preocupadas com as pessoas, sua dignidade e com a qualidade de vida. Além disso, a presença de um terceiro “familiar” à população migrante representa um suporte social, proporcionando visibilidade, reconhecimento e a inclusão social do migrante. É fonte de vínculo, responsabilização, afeto e segurança, uma representação e referência da população migrante no sistema público de saúde.

No entanto, o idioma deixa de ser um muro ou obstáculo, quando o hóspede, o migrante que busca o atendimento na saúde consegue se expressar e compreender a fala dos profissionais hospedeiros e vice versa. Desse modo, as UBS/ESF conseguem sem tardar, ser espaços de hospitalidade dos migrantes, de convivência pautada na abertura, no acolhimento e no diálogo. A hospitalidade nos espaços de saúde além de oportunizar a inclusão social do hóspede migrante no território desencadeia nos profissionais uma atitude ética de reconhecimento e valorização da dignidade do migrante. Em razão disso, espaços de acolhimento e hospitalidade tornam-se locais prolíficos para a outridade do cuidado, a construção de práticas de saúde mais humanizadas e comprometidas pelo outro, o que satisfaz o desejo de todo hóspede pelos lugares por onde transita, de encontrar amor, afeto, compaixão, conforto, escuta, um cuidado incondicional.

Outro aspecto que ficou evidente e que é um dos mais relevantes da pesquisa trata-se da importância dos ACS no acolhimento e na hospitalidade dos migrantes. Sem êxito de errar, esses profissionais são os que mais se aproximam da noção de alteridade, logo, da outridade do cuidado, não que os demais profissionais da política pública de saúde não os sejam. Ocorre que, a forma como os ACS se relacionam com a população e atuam nas ações de saúde é algo diferenciado, o que se deve ao envolvimento, a liderança, o vínculo, o afeto, a disponibilidade de ajudar e a solidariedade. Esses profissionais além de atuarem na conexão entre a população migrante e o sistema de saúde, são dentre os profissionais da política pública de saúde, os primeiros hospedeiros que acolhem os migrantes que chegam, se preocupam com sua instalação e auxiliam nas suas inúmeras necessidades (não somente relacionadas à questão saúde), ou seja, são quem melhor desempenham o suporte social da política pública de saúde.

Acompanhar os ACS em suas visitas domiciliares aos migrantes foi uma das maiores experiências enquanto pesquisadora e ser humano, um momento muito enriquecedor para quem aposta e traz pra dentro da pesquisa a questão da alteridade e os migrantes, um assunto um tanto teórico, mas que é preciso ser refletido frente uma sociedade que fecha as portas para os migrantes. Esta experiência permitiu ainda, mergulhar no contexto migratório, vivenciar as dificuldades dos migrantes em relação à moradia, que em sua maioria eram insalubres, pouco ventiladas e não ofereciam um conforto digno, e ainda quanto à alimentação, perspectiva de vida, trabalho, saúde, idioma, seus desabafos na “discriminação de migrantes haitianas” nas ofertas de empregos “pois dizem que as migrantes engravidam muito, como se as brasileiras também não engravidassem”, assim na fala de uma migrante, “que não gostam dos haitianos, nós também somos gentes”.

Isso justifica Sayad trazer a imigração como um “fato social total”, que precisa ser analisada considerando vários aspectos, inclusive aqui, ser vista a partir da alteridade, já que o migrante ao apelar por uma relação ética seja, aos profissionais de saúde ou a cada indivíduo e sociedade, está clamando por sua dignidade humana. Em razão disso, é preciso dar um passo além e abordar o tema alteridade e migrantes como uma extensão da perspectiva da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, o que por sua vez dialoga com políticas públicas comprometidas com a efetivação dos direitos humanos, o bem-estar das pessoas e seu acolhimento.

As opressões, o racismo, a discriminação, a exclusão que os migrantes enfrentam corroem a sua dignidade, a autoestima, o seu bem-estar, sua liberdade como se não pudessem ser merecedores e dignos de oportunidades e de ocupar os espaços sociais. Dessa forma, a liberdade de viver a vida que se deseja e a ampliação das suas capacidades como aduz Sen, não depende somente da individualidade de cada um, mas é moldada segundo as estruturas sociais.

É nessa seara, que as políticas públicas são fundamentais tanto na concretização dos objetivos da Agenda quanto para a redução das desigualdades e de todas as formas de violência, na inclusão social, no empoderamento dos grupos mais vulneráveis, na garantia do bem-estar dos indivíduos e na remoção de seus obstáculos, ações estas que transcendem a questão nacional ou não. Reconhecer a contribuição positiva dos migrantes e acima de tudo que devem ter a sua dignidade

e o seus direitos humanos protegidos como todos os outros indivíduos, é um passo para reverter a produção de vida nuas.

Sob esta perspectiva, a responsabilidade das políticas públicas consiste em garantir aos migrantes o acesso aos bens públicos e efetivação de seus direitos, o que por sua vez exige de seus profissionais uma atitude não opressora, um atendimento igualitário, respeitoso e não discriminatório, de modo a contribuir com o desenvolvimento de suas capacidades, pois caso contrário, as próprias políticas públicas estarão violentando-as pela carência da alteridade em suas ações, vindo a comprometer o seu modo de andar a vida e acentuando a sua vulnerabilidade.

Dessa forma, a pesquisa aponta que a rede de suporte social promovida pela política pública de saúde e pelo engajamento responsável dos profissionais de saúde e suas pontes de alteridade, além de combater as desigualdades, as opressões sociais, a visão distorcida sobre o migrante como um mal para a sociedade, contribui para a ampliação das capacidades e para a resiliência dos migrantes, na sua adaptação e superação das suas dores, ansiedade, incertezas que o processo migratório ocasiona, promovendo sociedades inclusivas, humanas pautadas no cuidado do outro, das pessoas. Destacando Ventura (2016), cada migrante deve ser visto como um valente, que subverteu a regra prevalecente no mundo e o melhor que se pode fazer é colocar-se em seu lugar, estendendo-lhe a mão para que se torne um vitorioso. Daí a fundamentalidade da alteridade dos profissionais de saúde, de estender suas mãos, como maneira de contribuir para a vitória e o êxito migratório dos migrantes.

Logo, a construção de uma sociedade mais justa, humana e inclusiva, passa pela valorização da alteridade como elemento basilar de toda a transformação. Só assim instaura a longa caminhada de transformação que permitirá a viver e se desenvolver como humanos seres.

O que se busca hoje é trilhar caminhos diferentes dos já trilhados, busca-se dar passos em direção à ética da responsabilidade, da alteridade, do cuidado com o outro, fundada em valores e comportamentos humanitários. Não se tem caminhos prontos e fáceis, no entanto, em todos os lugares, as respostas vem sendo formuladas por pessoas, instituições dispostas para a abertura e diálogo com o outro e que por meio de iniciativas provocam mudanças na forma de acolher e se relacionar com os migrantes. Felizmente, a pesquisa oportunizou acompanhar um exemplo que sinaliza para esta direção, o das próprias práticas da política pública de

saúde que se orientam por uma nova forma de estabelecer as relações sociais, por uma atitude ética, de respeito, de acolhida e de cuidado.

E assim se enfatizou o propósito essencial deste trabalho, pois uma vez reconhecida a atitude ética, a abertura, o acolhimento e hospitalidade nas práticas de saúde dos profissionais da política pública de saúde no atendimento da população migrante, pode se considerar que a alteridade como problema de investigação da pesquisa é pertinente e desafiador não apenas nos espaços da política pública de saúde, e que o principal objetivo, que consistia em abordar a forma como essa se dá e é garantida pelos profissionais de saúde juntos aos migrantes foi atingido, impulsionando a pensar a alteridade como condição para a outridade do cuidado, como algo a ser construído pelos indivíduos e pela sociedade, afinal, como parte da teia da vida e não se pode fugir da responsabilidade que tem uns sobre os outros que participam da teia, como ato de religação, sensibilidade e compreensão com os indivíduos, com a sociedade, o meio ambiente e a humanidade.

Com base nas pesquisas de campo e bibliográfica foi possível dar respostas a todas as questões almejadas pelos objetivos específicos, o que se deve também a acessibilidade, o empenho e disponibilidade dos profissionais de saúde em compartilhar momentos de suas práticas de saúde com a pesquisadora, assim como, pelo bom relacionamento que se teve com a população migrante. Durante a investigação também se revelou a escassez de estudos que versem especificamente sobre o direito à saúde, migrantes, política pública de saúde com foco na questão da alteridade. A partir disso, espera-se contribuir para outras pesquisas, já que abordar as migrações e suas implicações na sociedade é uma tendência e necessidade diante das incessantes ondas migratórias que se apresentam. Daí a importância de se continuar refletindo a alteridade e a outridade do cuidado. A pesquisa também instiga novos estudos da alteridade a partir do olhar do migrante em contrapartida ao que foi constatado nas práticas dos profissionais da política pública de saúde.

Ressalta-se ainda, que o estudo confirmou a hipótese otimista sobre a construção de pontes de alteridade nas práticas dos profissionais da política pública de saúde, demonstrando assim pelos seus atributos, a responsabilidade com aqueles que integram o conjunto sistêmico da saúde, bem como, que uma sociedade acolhedora é possível. É importante continuar acreditando e atuando na

construção de um mundo melhor, de relações mais humanas, pois não se admite mais tanto desrespeito, violência, intolerância diante da nudez de muitos rostos. A outridade do cuidado é mais do que uma necessidade, é um dever com a humanidade.

No entanto, construir pontes de alteridade exige esforço, boa vontade, dedicação, sensibilidade, afinal, ao contrário de erguer muros, a engenharia é mais complexa e exige mais do construtor. Cabe a cada um o desejo de ser protagonista de transformação social, capaz de ir ao encontro do outro ou ficar enclausurado em seu próprio individualismo. O outro clama, convoca, porém, a resposta depende de cada um, de fazer da acolhida não uma obrigação, mas a expressão da humanidade. Eis o grande desafio da metamorfose humana.

É preciso avançar como adverte Macé (2017), em direção às vidas vividas, à espera, à beira, na borda de um futuro que não chega, o que reivindica um olhar vigilante em relação a essas vidas invisíveis. É passar da sideração que nos deixa petrificados, enclausurados, medusados à consideração, isto é, para um movimento de observação, atenção, cuidado, estima e conseqüentemente, de reabertura de uma relação e de uma proximidade com todos aqueles que chegam. Considerar designa essa disposição em que se conjugam o olhar e o respeito e acolhimento. Acolher não é fazer ato de caridade, mas de justiça, trata-se de reparar os danos sofridos por aqueles que a história expulsa.

Vale lembrar, como já se fez de início da citação inspiradora da pesquisa, na qual Bauman (2017) ressalta que para a crise da humanidade, não existe outra saída, senão a solidariedade entre os seres humanos, em vez de muros, precisamos construir pontes.

Por fim, os indivíduos podem ser pontes ou muros. Que a exemplo dos profissionais de saúde, sejam sujeitos de consideração, de outridade do cuidado. Que se sintam motivado a fazer o bem, a ser o bem com as vidas não consideradas, com os humanos que reivindicam apenas que eles têm direitos. Que a única cegueira que exista seja aquela que não tenha interesse em ver e julgar o vizinho pela sua cor da pele, origem, nacionalidade, cultura e que a visão que se tenha seja sempre iluminada pelos olhos da bondade e da dignidade humana. Que o único silêncio que exista, seja o da paz, das boas convivências. Que sejam a diferença a caminho das diferenças. É o que se espera, motiva e o que se propôs a refletir nesta pesquisa a partir da alteridade das práticas dos profissionais da política pública de

saúde e os migrantes e da outriedade do cuidado.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

AGAMBEN, Giorgio. **Meios sem fim: Notas sobre a política**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2015.

AGAMBEN, Giorgio. **O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha**. Homo Sacer III. São Paulo: Boitempo, 2008.

ALBUQUERQUE, Renata A.; JORGE, Maria S. B. Construção da autonomia no ato de cuidar das mulheres: sujeito autônomo ou sujeitado?. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 2, p. 397-408, abr./jun. 2010.

ALMEIDA, Débora V. Humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p.767-775, jul-set. 2014.

ALMEIDA, Lígia M. CALDAS, José. Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade? **Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía**, vol.1, n.1, p.19-36, jan-jun. 2012b.

ALMEIDA, Lígia M. CALDAS, José. Ser imigrante, ser mulher, ser mãe: diáspora e integração da mulher são-tomense em Portugal. *In*: **COLÓQUIO INTERNACIONAL SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE NUMA PERSPETIVA NTERDISCIPLINAR, DIACRÓNICA E SINCRÓNICA**. Atas... Lisboa, 2012a, p. 287-302.

ALVES, Júlia F. **Metrópoles cidadania e qualidade de vida**. São Paulo: Moderna, 1992.

ALVES-MAZZOTI, Alda J. GEWANDSZNAJER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

ALVES, Rubem. **Frases**. Instituto Rubem Alves. Disponível em: <https://institutorubemalves.org.br/frases/>. Acesso: 5 jun. 2020.

ANTAKI, Charles; WIDDICOMBE, Sue. **Identities in talk**. London: Sage, 1998.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense

Universitária, 2000.

ARENDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

ARENDT, Hannah. **Origens do totalitarismo**. Tradução: Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ARRUDA, Aline M. T. A relação entre o Estado e a imigração: aspectos pertinentes para análise dos casos brasileiro e canadense. **Cadernos OBMigra**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 13-39, 2015.

ASSY, Bethânia; JÚNIOR, João F. Reconhecimento. *In*: BARRETTO, Vicente de P. (Coord.). **Dicionário de Filosofia do Direito**. São Leopoldo: Unisinos; Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

AYRES, Regina C. V.; PEREIRA, Sílvia A. O. E.; ÁVILA, Sílvia M. N.; VALENTIM, Wilma. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 306-311, 2006.

BAHIA, Flavia. **Descomplicando Direito Constitucional**. 3. ed. Recife: Armador, 2017.

BAKHTIN, Mickail. **Por uma filosofia do ato**. São Carlos, SP: Pedro & João Editores, 2010.

BARCELLOS, Chistovam; MONKEN, Maurício. Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família. *In*: FONSECA, Angélica F. CORBO, Ana M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 225-266.

BARROSO, Luís R. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo**: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dez. 2010. Disponível em: https://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.

BASTOS, Rogério L. **Ciências humanas e complexidades**: projetos, métodos e técnicas de pesquisa: o caos, a nova ciência. 2. ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2009.

BAUMAN, Zygmunt. **A Europa inacabada**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

BAUMAN, Zygmunt. **A sociedade individualizada**: vidas contadas e histórias vividas. Tradução José Gradei. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BAUMAN, Zygmunt. **Confiança e medo na cidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

BAUMAN, Zygmunt. **Estranhos à nossa porta**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2017.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização**: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BAUMAN, Zygmunt. **O medo dos refugiados**. Fronteiras dos pensamentos: São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.fronteiras.com/artigos/zygmunt-bauman-o-medo-dos-refugiados>. Acesso em: 15 out. 2018.

BAUMAN, Zygmunt. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007a.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007b.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida para consumo**: a transformação das pessoas em

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

mercadoria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BECK, Ulrich. **Sociedade de Risco**: rumo a uma outra modernidade. Tradução: Sebastião Nascimento. São Paulo: Editora 34 Ltda, 2011.

BEIJO, Marilda. Cegar para ver: antítese e dualidades humanas em Saramago. **Atelier do CEHUM, Instituto de Letras e Ciências Humanas**, Universidade do Ninho. n. 9, 2010.

BETTINELLI, Luiz A. B.; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque L. Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, p. 231-239, abr./jun. 2003.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BOFF, Leonardo. **Virtudes para um Mundo Possível. Convivência, Respeito e Tolerância**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BOFF, Leonardo. **Virtudes para um Mundo Possível. Hospitalidade: Direito e Dever de Todos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

BONATO, Vera L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: v. 35, n. 5, p.319-331, 2011.

BOURDIEU, Pierre. Prefácio. *In*: SAYAD, Abdelmalek. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: Edusp, 1998. p. 9-12.

BRAGA, Nina de A. Redes Sociais de Suporte e Humanização dos cuidados em Saúde. *In*: DESLANDES, Suely F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 163-183.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. **Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 21 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648**. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf

f. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios Básicos para a Operacionalização de Saúde da Família**. Disponível em: www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 21 out. 2019.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana F. B.; TANAKA, Oswaldo Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 249-59, jan/mar. 2012.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, Adriana P; RAMAGNOLI, Roberta C. Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental. **MENTAL**, Barbacena, ano V, n. 9, p. 79-99, nov. 2007.

CAMPOS, Carlos E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS. César C. **Cidades Sustentáveis**. Cadernos FGV Projetos. Rio de Janeiro. 2018.

CAMPOS, Gastão W. de S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CANCLINI, Nestor G. **Consumidores e Cidadãos**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

CAPRA, Fritjof. **A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 2007.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARAZZAI, Estelita H. Tolerância zero com migrantes nos EUA leva a “julgamentos Expressos”. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 24 jun. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2018/06/tolerancia-zero-com-migrantes-nos-eua-leva-a-julgamentos-expressos.shtml>. Acesso em: 15 fev. 2019.

CARPENEDO, Manoela; NARDI, Henrique. Maternidade transnacional e produção de subjetividade: as experiências de mulheres brasileiras imigrantes vivendo em Londres. **Cadernos Pagu**, Campinas, São Paulo, n. 49, 2017.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

CARVALHO, Liliane B.; FREIRE, José C.; BOSI, Maria L. M. Alteridade Radical: implicações para o cuidado em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-865, jul/set. 2009.

CARVAZERE, Thelma T. **Direito Internacional da Pessoa Humana: A circulação Internacional de Pessoas**. 2. ed. Rio de Janeiro: RENOVAR, 2001.

CASSIN, René. El Problema de la Realización de los Derechos Humanos en la Sociedad Universal. *In*: CASSIN, René *et al.* (Orgs). **Veinte Años de Evolución de los Derechos Humanos**. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma do México, 1974, p. 387-398.

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede**. São Paulo, Paz e Terra, v. 1, 1999a.

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede Do Conhecimento à Acção Política**. Lisboa, Janeiro de 2006. Disponível em: http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/a_sociedade_em_rede_-_do_conhecimento_a_acao_politica.pdf. Acesso em: 24 set. 2018.

CASTELLS, Manuel. **Fim do Milênio**. São Paulo, Paz e Terra, v. 3, 1999c.

CASTELLS, Manuel. “Simpatia do brasileiro é um mito”. [entrevista]. **Folha de São Paulo**, 18 mai. 2015. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/05/1630173-internet-so-evidencia-violencia-social-brasileira-afirma-sociologo-espanhol.shtml>. Acesso em: 20 mai. 2019.

CASTELLS, Manuel. **O Poder da Identidade**. São Paulo, Paz e Terra, v. 2, 1999b.

CAVALCANTI, Leonardo. Imigração e mercado de trabalho no Brasil: características e tendências. **Cadernos OBMigra**, Brasília, v.1, n. 2, p. 35-47, 2015.

CECÍLIO, Luiz C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJIMS-Abrasco, 2009. p.113-126.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

CHUERI, Vera K. de.; CÂMARA, Heloisa F. Direitos humanos em movimento: migração, refúgio, saudade e hospitalidade. **Direito, Estado e Sociedade**, n. 36, p. 158-177, jan./jun. 2010.

COELHO, Marcia O. JORGE, Maria S. B. Tecnologia das relações como dispositivo

do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14, v. suplementar 1, p.1523-1531, 2009.

COHEN, Robin. Globalização, migração internacional e cosmopolitismo cotidiano. *In*: BARRETO, Antonio (org.). **Globalização e migrações**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2005, p. 25-44.

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE O MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. **Nosso futuro comum**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1988

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Enfermeiros: uma força para a mudança**. Para um sistema de saúde mais resiliente. 2016. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8885/cie_vf_site.pdf . Acesso em: 12 nov. 2019.

COSTA, Débora A. da. **Negociação de identidades e formação de novas representações sociais em narrativas de migração: uma proposta metodológica**. 2018. 280f. Tese (Doutorado no Programa de Pós-graduação em Estudos de Linguagem) — Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/9545/1/Tese_Debora_Costa.pdf. Acesso em: 22 mar. 2020.

COSTA, Iris do C. C.; RAMOS, Natália; SILVA, Antônia O. **Avaliação do acesso aos serviços de saúde por imigrantes brasileiros em Portugal**. Ed. Autor, 2012.

COSTA, Márcio L.; BERNARDES, Anita G. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.21, n.4, p.822-835, 2012.

COSTA, Samira L.; CARVALHO, Emílio N. Agentes comunitários de saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 2931-2940, 2012.

CORBO, Anamaria D.; MOROSONI, Márcia V. G. C; PONTES, Ana L. de M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde *In*: MOROSINI, Márcia V. CORBO, Anamaria D. A. (orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

CORREA, Darcísio. **Estado, cidadania e espaço público: as contradições da trajetória humana**. Ijuí: Unijuí, 2010.

COUTINHO, Emília de C.; PARREIRA, Maria V. B. de C. Outra Forma de Olhar a Mãe Imigrante numa Situação de Transição. **Millenium**, v.40, p. 83-97, 2011.

COUTINHO, Frederico de M. A.; BIJOS, Danilo. RIBEIRO; Henrique M. O estado da arte das discussões sobre migrações internacionais e políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.69, n.2, p. 116-144, abr./jun. 2018.

COUTINHO, Maria da P. de L. FRANKEN, Ieda. RAMOS, Natália. Depressão, migração e representações sociais no contexto escolar de Portugal. *In*: RAMOS, Natália (Org.). **Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas**. Ed. Universitária da UFPB, João Pessoa, 2008.

CUNHA, Marcela S.; SÁ, Marilene de C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface (Botucatu) Comunicação, Saúde, Educação**, v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013.

DALLARI, Sueli G. **A saúde do brasileiro**. São Paulo: Moderna, 1992.

DALLARI, Sueli G. O direito à saúde. **Revista Saúde Pública**, v.22, n.1, p.57-63, 1988.

DELORS, Jacques; AL-MUFTI, In'am; AMAGI, Isao; CARNEIRO, Roberto. CHUNG, Fay; GEREMEK, Bronislaw; GORHAM, William; KORNHAUSER, Aleksandra; MANLEY, Michael; QUERO, Maristela P.; SAVANÉ, Marie-Angélique; SINGH, Karan; STAVENHAGEN, Rodolfo; SUHR, Myong W. NANZHAO, Zhou. **Educação, um tesouro a descobrir**. Tradução: José Carlos Eufrázio. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Brasília, 2010.

DERRIDA, Jacques. **Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar Da Hospitalidade**. São Paulo: Editora Escuta, 2003.

DIAS, Sónia, GAMA, Ana. SILVA, António C. CARGALEIRO, Helena. HORTA, Rosário. LEMOS, Miguel. MARTINS, Maria do R. O. **Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes**. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações, 2018.

DIEHL, Fernando. A construção social do racismo e a sua ressignificação contra os imigrantes haitianos. **Revista MovimentoAção**, v.03, n.04, pp. 119-133, 2016.

DISCURSO do Papa Francisco aos participantes no Fórum Internacional sobre Migrações e Paz. 21 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.vatican.va/content/francesco/pt/speeches/2017/february/documents/papa-francesco_20170221_forum-migrazioni-pace.html. Acesso em: 18 set. 2019.

DOUZINAS, Costas. **O fim dos direitos humanos**. Trad. Luzia Araújo. São Leopoldo: Unisinos, 2009.

DUARTE, André. Sobre a biopolítica: de Foucault ao século XXI. **Revista Cinética**. v.1, p. 1-16, 2008. Disponível em: http://revistacinetica.com.br/cep/andre_duarte.pdf. Acesso em: 25 out. 2018.

EDGAR Morin. O caminho para o futuro da humanidade. 1 fev. 2016. 1 vídeo (18 min). Publicado pelo canal Fronteira do Pensamento. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=V3t7UFTpDHE&feature=emb_logo. Acesso em: 14 mai. 2020.

ELIAS, Norbert. SCOTSON, John. L.; **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2000, 224 p.

EULÁLIO, Maria do C. SANTOS, Ellis R. F. dos. ALBUQUERQUE, Tiago P. e. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem usuário no contexto do Programa Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 30, n.4, p.708-715, 2009.

FANTINI, João A. Raízes da intolerância: a segregação imaginária do outro. **Sig: Revista de Psicanálise**. v. 4, ed. 6, p. 100-113, 2015.

FEUERWERKER, Laura C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise R. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-55, 2005.

FERREIRA, Ana C. **Globalização, rumo a um governo mundial ou uma nova forma de cidadania**. Centro de Investigação e Análise em Relações Internacionais, 2006. Disponível em: https://www.instituto-camoes.pt/images/stories/tecnicas_comunicacao_em_portugues/portugues%20nas%20relacoes%20internacionais/As%20diferentes%20vertentes%20da%20globalizacao%20II.pdf. Acesso em: 19 fev. 2019.

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1988.

FERREIRA, Patrícia M. **Migrações e Desenvolvimento**. Lisboa: Editora FEC/Fundação Fé e Cooperação, 2017. Disponível em: http://www.fecongnd.org/pdf/publicacoes/estudoMigracoes_coerencia.pdf. Acesso em: 18 jun. 2019.

FERREIRA, Vitória S. Coelho; ANDRADE Cristina S.; FRANCO, Túlio B.; MERHY Emerson E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Caderno Saúde Pública**. v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FLEURY, Sonia. OUVERNEY, Assis M. Política de Saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, Lígia. ESCOREL, Sarah. LOBATO, Lenaura C. *et al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.1-42.

FIGUEREDO, Luiz O. ZANELATTO, João H. A trajetória das migrações no Brasil. **Acta Scientiarum Human and Social Sciences**, Maringá, v. 39, n. 1, p. 77-90, Jan.-Apr., 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/31426>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FONSECA, João J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002

FORTES, Paulo A. de C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade, v.13, n. 3, p.30-35, 2004.

FORTUNA, Carlos; SILVA, Augusto S. A cidade do lado da cultura: espacialidades sociais e modalidades de intermediação cultural. *In*: SANTOS, Boaventura de Souza (org.). **A globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 409-461.

FRANÇA, Tereza C. N. Dilemas da segurança internacional: faces da mobilidade humana e desenvolvimento. *In*: PEREIRA, Glória M. S.; PEREIRA, José de R. S. (Org.) **Migração e Globalização**: um olhar interdisciplinar. Curitiba: Editora CRV,

2012. p. 87-96.

FRANCO, Tulio B.; BUENO, Wanderlei S.; MERHY, Emerson E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

FRANKL, Viktor. Um sentido para a vida: **Psicologia e Humanismo**. 14 ed. Aparecida: Idéias e Letras, 2005.

FRECHAUT, Mónica. Migrantes ou refugiados, a escolha das palavras importa mesmo?. **Revista Plataforma Portuguesa**. Lisboa, n. 12, p. 5-6, fev. 2017. Disponível em: <https://www.plataformaongd.pt/uploads/revistas/revista-12-plataformaongd-migracoes-jan-fev-2017.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

FREIRE, José C. A psicologia a serviço do outro: ética e cidadania na prática psicológica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 12-15, 2003.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FREUD, Sigmund. **Psicologia das massas e análise do eu (1920/1923)**. Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. Disponível em: <http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/attach/74213144/99170850-FREUD-S-OC-Vol-15-Psicologia-das-Massas-e-Analise-do-Eu-e-outros-textos-1920-1923.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2019.

FROSC, Sthepen. Desejo, demanda e psicoterapia: sobre os grandes e os vizinhos. In: FANTINI, João A. (Orgs). **Raízes da Intolerância**. EduFSCar, 2015, p. 43-70.

GAGNEBIN, Jeanne M. Cordialidade e estrangeirice: da relação ao outro. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. **Ciências Humanas**, v. 6, n. 2, p. 401-408, mai./ago. 2011.

GALAVOTE, Heletícia S.; PRADO, Thiago N. do; MACIEL, Ethel L. N.; LIMA, Rita de C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no Município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-40, 2011.

GAMBINI, Roberto. Corações Partidos no Porto de Gênova. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, IEA/USP, v. 20, n. 57, p. 265-296, 2006.

GARCIA, Ana C. P.; LIMA, Rita de C. D.; GALOVOTE, Heletícia S.; COELHO, Ana P. S.; VIEIRA, Elza C. L.; SILVA, Renata C.; ANDRADE, Maria A. C. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, 2017.

GASDA, Elio E. Globalização e migração: implicações ético-teológicas. **Perspectivas Teológicas**, Belo Horizonte, n.41, p. 191-210, 2009.

- GEETZ, Clifford. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2001.
- GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Ed. Unesp, 1990.
- GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- GIDDENS, Anthony. **O mundo na era da globalização**. Lisboa: Presença, 2000.
- GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GIL, Antonio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GIORDANI, Anney T. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2008.
- GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria H. M. de. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura C. *et al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 575- 626.
- GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- GOMARASCA, Paolo. Direito de excluir ou dever de acolher? a migração forçada como questão ética. **REMHU, Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana**, Brasília, v. 25, n. 50, ago. 2017, p. 11-24.
- GÓMEZ, Salustiano Á. Alteridade e a construção da sociedade. **Revista UFG**. Ano XIII, n. 10, p.133-143, jul. 2011.
- GONSALVES, Elisa P. **Iniciação à pesquisa científica**. Campinas, SP: Alínea, 2001.
- GRANADA, Daniel; CARRENO, Ioná; RAMOS, Natália; RAMOS, Maria da C. P. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interfaces Comunicação Saúde e Educação**, v. 21, n. 61, p. 285-296, 2017.
- GROSSO, Maria J. As competências do Utilizador elementar no contexto de acolhimento. *In*: ANÇÃ, Maria H.; FERREIRA, Teresa (org.). **Actas do Seminário "Língua Portuguesa e Integração"**, Universidade de Aveiro, 2007. Disponível em: https://ria.ua.pt/bitstream/10773/13609/1/atas%20do%20seminario_lingua%20portuguesa%20e%20integracao.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.
- GROSSO, Maria J. dos R. Língua de acolhimento, língua de integração. **Horizontes de Linguística Aplicada**, v. 9, n. 2, p. 61-77, 2010.
- GUBERT, Paulo G. Alteridade e reconhecimento do outro em Ricoeur. *Thaumazein: Revista on-line de Filosofia*, Santa Maria, Ano 4, n. 7, p. 73-89, jul. 2011.

GUERRA, Katia; VENTURA, Miriam. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 123-129, jan./mar. 2017.

GUERRERO, Patricia; MELLO, Ana L. S. F. de; ANDRADE, Selma R. de; ERDMANN, Alacoque L. O Acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, Jan./Mar. 2013.

GUIMARÃES: Maristela A.; ALONSO, Kátia M. **Migração haitiana para o Brasil: quando muda a paisagem racial e o “eu” e “outro” se confrontam nas mídias e redes sociais digitais**. XI Seminário de Pesquisa em Ciências Humanas. SEPECH– Humanidades, Estado e desafios didático e científico, Londrina, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7910/fb1e804769b1fd56d5c6f67012773024bdd3.pdf> . Acesso em: 12 abr. 2020.

HABERLE, Peter. A dignidade humana como fundamento da comunidade estatal. *In*: SARLET, Ingo W. (Org.). **Dimensões da Dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional**. 2 ed. Porto Alegre. Livraria do Advogado, 2009.

HACHEM, Daniel W. **Tutela administrativa efetiva dos direitos fundamentais sociais: por uma implementação espontânea, integral e igualitária**. 2014, 614 f. Tese (Doutorado em Direito), Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2014.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HALL, Stuart. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

HARTZ, Zulmira M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, André P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Caderno Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HENRIQUES, Amanda H. B.; LIMA, Gigliola M. B. de; TRIGUEIRO, Janaína V. S.; SARAIVA, Alynne Mendonça; PONTES, Monise Gleyce de Araújo; CAVALCANTI, Joseane da R. D.; BAPTISTA, Rosilene S. Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2015.

HOBSBAWM, Eric. **Era dos Extremos. O Breve Século XX, 1914-1991**. São Paulo, Ed. Companhia das Letras, 1994.

HOBSBAWM, Eric. **O novo século: entrevista a Antonio Polito**. Tradução: Cláudio Marcondes. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

HOLANDA, Sérgio B. de. **Raízes do Brasil**. Rio de Janeiro: 1999.

IANNI, Octavio. A Cidade Global. **Revista Cultura Vozes**, Petrópolis, n. 2, mar./abr. 1994.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. Ministério da Justiça, Secretaria de Assuntos Legislativos. **Migrantes, apátridas e refugiados: subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil.** Brasília. Série Pensando o Direito, n. 57, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise.** Governo Federal. Brasília, 2011.

JACQUES, Nadége; MENEGHEL, Stela N.; DANILEVICZ, Ian M.; SCHRAMM, Joice M. de A.; FERLA, Alcindo A. Equidade na atenção a saúde das mulheres no Haiti. **Revista Panam. Salud Publica.** v. 41, p. 1-7, 2017.

JARDIM, Tatiana de A.; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação,** v. 13, n. 28, p. 123-35, jan./mar. 2009.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade – ensaio de uma ética para a civilização tecnológica.** Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

JOSEPH, Handerson. Prólogo. *In:* MEJÍA, Margarita R. G. (Org.). **Migrações e direitos humanos: problemas socioambientais.** Lajeado: Ed. da Univates, 2018.

KANT, Immanuel. **A Metafísica dos costumes.** São Paulo: Edipro, 2003.

KNOBLOCH, Felícia. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicologia USP,** São Paulo, v. 26, n. 2, p.169-174, 2015.

KRISTEVA, Julia. **Estrangeiros para nós mesmos.** Tradução: Maria Carlota C. Gomes. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LACERDA, Alda. MARTINS, Paulo H. A dádiva no trabalho dos agentes comunitários de saúde: a experiência do reconhecimento do amor, do direito e da solidariedade. **Revista Realis.** v. 3, n. 1, p. 194- 213, jan./jun. 2013.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor V. Homeopatia e Apoio Social: Repensando as Práticas de Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. *In:* PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de A. de. (orgs). **Construção da integralidade. Cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2007. p. 171-198.

LAPPIS- LABORATÓRIO DE PESQUISA SOBRE PRÁTICAS DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE. **Conceito de integralidade.** Disponível em: <https://lappis.org.br/site/conceito-de-integralidade-em-saude>. Acesso em: 06 nov. 2019.

LECHNER, Elsa. Imigração e saúde mental. **Revista Migrações,** Lisboa, n. 1, p. 79-101, set. 2007. Disponível em: https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1_art4.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020.

LECHNER, Elsa. O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas.

Revista de Psiquiatria do Hospital Amadora. Sintra, 2005. Disponível em: http://ceas.iscte.pt/artigos/lechner_2005_sofrimento.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020.

LEDUR, José F. **Direitos fundamentais sociais:** efetivação no âmbito da democracia participativa. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

LÉVINAS, Emmanuel. **Alterité et transcendence.** Paris: Fata Morgana, 1995

LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós:** ensaios sobre a alteridade. Tradução: Pergentino S. Pivatto (Coord.). Petrópolis: Vozes, 2004.

LÉVINAS, Emmanuel. **Ética e infinito.** Lisboa: Edições 70; 1982.

LÉVINAS, Emmanuel. **Totalidade e Infinito.** Tradução: José Pinto Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 1980.

LIMA, Rita de C. D.; OLIVEIRA, Elizabete R. A. de; CADE, Nágela V.; RABELLO, Mariana L.; SANTANA, Liliana G. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 63-67, mai./ago. 2005.

LIPOVETSKY, Gilles. **A felicidade paradoxal:** ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

LOBATO, Lenaura C.; GIOVANELLA, Lígia. Sistema de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. *In:* GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura C. *et al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2 ed. rev., amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 89- 120.

LUCION, Maria C. S. **O Sistema Único de Saúde no Brasil:** uma demonstração de políticas públicas de promoção ao direito à saúde. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – UNIJUI – Universidade Regional do Nordeste do estado do Rio Grande do Sul, Ujuí, RS, 2016, 101 f.

LUIZ, Olinda do C.; KAYANO, Jorge. Saúde e direitos: princípios para ação. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde (Impresso.)**, v. 12, n. 2, p. 115-21, 2010.

LUNARDELO, Simone R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto.** 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LUZ, Madel T. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual. *In:* PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 21-42

LUCAS, Doglas C. Os direitos humanos como limite à soberania estatal. *In:* BEDIN, Gilmar A. (Org.). **Estado de direito, Jurisdição Universal e Terrorismo.** Ijuí: Unijuí, 2009.

LUCAS, Doglas C.; SPENGLER, Fabiana M. Identidade, alteridade e mediação: por uma comunicação inclusiva das diferenças. **Direitos Culturais**, Santo Ângelo, v. 7,

n. 12, p. 53-70, jan./jun. 2012

LUSSI, Carmen. Desafios do encontro entre migrantes e comunidades cristãs: reflexões sobre situações de vulnerabilidade. **Encontros Teológicos**, Florianópolis, v. 32, n. 3, p. 479-494, set./dez. 2017.

LUSSI, Carmen. Formulação legal e políticas públicas no trato das migrações nacionais e internacionais. *In*: PRADO, Erlan J. P. do; COELHO, Renata. (org). **Migrações e trabalho**. Brasília: Ministério Público do Trabalho, 2015b. p. 55-68.

Disponível em:

http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Livro_Migracoes_e_TrabalhoWEB.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020.

LUSSI, Carmen. Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio. **Psicologia USP**, v. 26, n. 2, p. 136-144, 2015a.

LYRA, José F. D. da C. **Imigração, criminalização e subsistema penal de exceção**. Curitiba: Juruá, 2013.

MACERATA, Iaçã; SOARES, José G. N.; RAMOS, Julia F. C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: atenção básica e a rua. **Interface (Botucatu). Comunicação, Saúde e Educação**, v. 1, supl., p.919-930 2014.

MACÉ, Marielle. **Siderar, considerar migrantes, formas de vida**. Rio de Janeiro: Editora Bazar do Tempo, 2018.

MACHADO, Paulo A. L. **Direito Ambiental Brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

MAGALHÃES, Carlos A. As cicatrizes do gesto: exílio, vida nua e subjetividade na narrativa “After Hours”, de Cristina Peri Rossi. **Aletria**, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p. 101-117, 2018.

MARCOS, Maria L. Comunicação, experiência e a questão do reconhecimento. Entrevista a Reges Schwaab. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 241-251, jul./dez. 2010.

MANO, Maria A. M. Casa de família uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. **Revista de APS**, v. 12, n. 4, p. 459-67, 2009.

MARANDOLA JR. Eduardo; DAL GALLO, Priscila M. Ser migrante: implicações territoriais e existenciais da migração. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 407-424, jul./dez. 2010.

MARANDOLA JR. Eduardo. Habitar em risco: mobilidade e vulnerabilidade na experiência metropolitana. 2008, 278f. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

MARANDOLA JR., Eduardo. Insegurança existencial e vulnerabilidade no habitar metropolitano. **Caderno de Geografia**, Belo Horizonte, v. 18, n. 29, p. 39-58, 2008a.

MARTINO, Luis M. S. MARQUES, Angela C. S. A comunicação como ética da alteridade: pensando o conceito com Lévinas. **Intercom – RBCC**, São Paulo, v. 42, n. 3, p.21-40, set./dez. 2019

MARTINS, Isis M. Permanência, alteridade e o poder dos outsiders – o caso dos imigrantes haitianos no Brasil: uma introdução. **Entre-Lugar**, Dourados, MS, ano 5, n. 7, 1. semestre de 2014.

MARQUES, Angela; BIONDI, Angie. (In)visibilidade de mulheres sem rosto: ética e política em imagens fotográficas de Teresa Margolles. **Comunicação e Sociedade**, vol. 32, p. 269-283, 2017.

MARQUES, Ângela M. S.; MARQUES, Ângela C. S. Um rosto para Domingas: hospitalidade e reconhecimento na criação narrativa de uma identidade feminina em Dois Irmãos, de Milton Hatoum. **Hipotesi**, Juiz de Fora, v. 21, n. 1, p. 46-63, jan./jun. 2017.

MARQUES, Claudia L.; MIRAGEM, Bruno. **O novo direito privado e a proteção dos vulneráveis**. São Paulo, SP: Revista dos Tribunais, 2012.

MARX, Karl. **O Capital**. Livro 3. v. 6. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira: 1980.

MATTOS, Ruben A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, Ruben A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. *In*: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben de A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2009. p. 39-64.

MATURANA, Humberto R.; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MAUER, Béatrice. Notas sobre o respeito da dignidade da pessoa humana ou pequena fulga incompleta em torno de um tema central. *In*: SARLET, Ingo Wolfgang (Org). **Dimensões da Dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional**. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009. p. 64-65.

MAZZA, Débora. O direito humano à mobilidade: dois textos e dois contextos **REMHU - Revista Interdisciplinar Mobilidade Humana**, Brasília, Ano XXIII, n. 44, p. 237-257, jan./jun. 2015.

MAZZOTTA, Marcos J. da S.; D'ANTINO, Maria E. F. Inclusão Social de Pessoas com Deficiências e Necessidades Especiais: cultura, educação e lazer. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 377-389, 2011.

MCINTYRE, Di. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

MEJÍA, Margarita R. G.; CAZAROTTO, Rosmari; ROGÉRIO, Marcele S. O direito à cidade de migrantes contemporâneos: o caso de Lajeado - Rio Grande do Sul - Brasil. *In*: MEJÍA, Margarita R. G. (Org.). **Migrações e direitos humanos: problemas**

socioambientais. Lajeado: Ed. da Univates, 2018.

MELO, Normando J. de A. Cidade, migração e alteridade. **Latitude**, v. 2, n. 1, p. 26-42, 2008.

MELLO, Rosiane A.; CAMPINAS, Lúcia de L. de S. L. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 25-35, 2010.

MENDES, Eugênio V. **Os grandes dilemas do SUS**. Casa da Qualidade Editora. Salvador, BA, 2001.

MERHY, Emerson E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). *In*: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-160.

MERHY, Emerson E. **O ato de Cuidar: a alma dos serviços de saúde?** UNICAMP, Campinas, 1999. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/o-ato-de-cuidar.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

MERHY, Emerson E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 3. ed. 2002.

MERHY, Emerson E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. *In*: MERHY, Emerson E.; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio M.; RIMOLI, Josely; FRANCO, Tulio B.; BUENO, Wanderley S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MEZZOMO, Antônio A. A. **Humanização hospitalar**. Fortaleza: Realce, 2002.

MORAES, Roque. Mergulhos discursivos. *In*: GALIAZZI, Maria do C.; FREITAS, José V. de. (Orgs.). **Metodologias emergentes de pesquisa em educação ambiental**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

MORIN, Edgar. **O método 5: A humanidade da humanidade**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MORIN, Edgar. **O método 6: ética**. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo/Brasília: Cortes/UNESCO, 2000.

MORIN, Edgar; KERN, Anne-Brigitte. **Terra-Pátria**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, Edgar. **Sociologia: a sociologia do microssocial ao macroplanetário**. Portugal: Publicações Europa América, 1984.

MOTTIN, André L. dos S. **Direitos Sociais e Desenvolvimento: perspectivas para uma reconciliação em Amartya Sen.** 2019, 165 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - UPF, Passo Fundo, 2019.

MUMFORD, Lewis. **A Cidade na história: suas origens, transformações e perspectivas.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CORREA, Carlos Roberto da Silveira. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008.

NETO, Félix F. M. **Estudos de Psicologia Intercultural – Nós e Outros.** Fundação Calouste Gulbenkian Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica, Porto, 1997.

NOGUEIRA, Roberto P.; SILVA, Frederico B.; RAMOS, Zuleide do V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000.

NUNES, Maria. RAMOS, Natália. Cuidar em Contexto de Diversidade Cultural: Representações e Vivências do Corpo em Diferentes Culturas. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação e Saúde.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 70-86, Dez. 2011.

NUNES, Mônica de O.; TRAD, Leny B.; ALMEIDA, Bethânia de A.; HOMEM, Carolina R.; MELO, Marise C. I. de C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno Saúde Pública** [online]. v.18, n.6, p.1639-1646, 2002.

NORONHA, José C.; LIMA, Luciana D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. *In:* GIOVANELLA, Lígia. ESCOREL, Sarah. LOBATO, Lenaura C. *et al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 365-393.

NORONHA, José C. de; PEREIRA, Telma R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. *In:* FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3. p. 19-32, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

NUSSBAUM, Martha C. **Educação e justiça social.** Portugal: Pedago, 2014.

NUSSBAUM, Martha C. **Fronteiras da justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie.** São Paulo: Martins Fontes, 2013.

NUSSBAUM, Martha C. **Sem fins lucrativos. Por que a democracia precisa das humanidades.** Martins Fontes, São Paulo, 2015.

OHLWEILER, Leonel. A construção e implementação de políticas públicas: desafios do Direito administrativo moderno. **Verba Juris**, ano 6, n. 6, jan./dez. 2007.

OIM- **Relatório Mundial sobre as Migrações 2018**. Disponível em: <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>. Acesso em: 15 set. 2019.

OLIVEIRA, Adriana C. Alteridade e Identidade: “Quem Somos”, “Quem São” nas Vivências de Processos Migratórios. *In*: DANTAS, Sylvia D. (org.). **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**, São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012. p. 85- 107. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/pesquisa/grupos-pesquisa/dialogos-interculturais/publicacoes/dialogosinterculturais.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

OLIVEIRA, Ana L.; FANCA, Rosa M.; FERREIRA, Teresa. Integrar em Língua Portuguesa: considerações finais do Projecto Aproximações. *In*: ANÇÃ, Maria H.; FERREIRA, Teresa (org.). **Actas do Seminário "Língua Portuguesa e Integração"**, Universidade de Aveiro, 2007. Disponível em: https://ria.ua.pt/bitstream/10773/13609/1/atas%20do%20seminario_lingua%20portuguesa%20e%20integracao.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

OLIVEIRA, Gilvan M. de; SILVA, Julia I. da. Quando barreiras linguísticas geram violação de direitos humanos: que políticas linguísticas o Estado brasileiro tem adotado para garantir o acesso dos imigrantes a serviços públicos básicos? **Gragoatá: Revista dos Programas de Pós-Graduação do Instituto de Letras da UFF**, Niterói, v. 22, n. 42, p. 131-153, jan./abr. 2017.

OLIVEIRA, Micheli P.; WERMUTH, Maiquel Â. D. Biopolítica e imigração irregular: a produção de “vidas nuas” no Estado de exceção. Salão do Conhecimento 2018. **Anais....** Unijuí, Ijuí, 2018.

OLIVEIRA, Rafael S. L. de. Interesse privado: uma reflexão acerca da supremacia do interesse público no estado social. *In*: LIMA, Fernando R. de Sousa; PORT, Otávio H. M. OLIVEIRA, Rafael S. L. de. (Coords). **Poder Judiciário, Direitos Sociais e Racionalidade Jurídica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 85-94.

Organização das Nações Unidas (ONU). **17 Objetivos para transformar nosso mundo**. 2015a. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>. Acesso em: 12 mar. 2019.

Organização Internacional para as Migrações (OIM). **A migração na agenda 2030. Guia para profissionais**. Genebra, 2017. Disponível em: http://www.migration4development.org/sites/default/files/es_sdg_web.pdf. Acesso em: 17 mar. 2019.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm. Acesso em: 19 jan. 2019.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Estudo da ONU aponta aumento da população de migrantes internacionais**. 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/estudo-da-onu-aponta-aumento-da-populacao-de-migrantes-internacionais/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Relatório Fluxos Migratórios**

internacionais e de para Países Selecionados: A revisão de 2015. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/empirical2/migratio_nflows.shtml. Acesso em: 16 out. 2018.

Organização Internacional para as Migrações (OIM). **Relatório Mundial sobre as Migrações 2018.** Disponível em: <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>. Acesso em: 17 mar. 2019.

Organização das Nações Unidas do Brasil (ONU Brasil). **Número de migrantes internacionais chega a cerca de 244 milhões, revela ONU.**

2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/numero-de-migrantes-internacionais-chega-a-cerca-de-244-milhoes-revela-onu/>. Acesso em: 16 out. 2018.

Organização das Nações Unidas do Brasil (ONU Brasil). **ONU lança estudo sobre migração haitiana para Brasil, Chile e Argentina.** 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-lanca-estudo-sobre-migracao-haitiana-para-brasil-chile-e-argentina/>. Acesso em: 14 nov. 2018.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** 22 de Julho de 1946. Disponível em:

<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 20 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Tornar sistemas de saúde resilientes às novas necessidades e ameaças deve ser prioridade máxima, afirma Diretora da OPAS.** Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5295:tornar-sistemas-de-saude-resilientes-as-novas-necessidades-e-ameacas-deve-ser-prioridade-maxima-afirma-diretora-da-opas&Itemid=843. Acesso em: 10 nov. 2019.

PAIM, Jairnilson S. Modelo de atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia. ESCOREL, Sarah. LOBATO, Lenaura C. *et al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 547-573.

PAIM, Jairnilson S. Modelos de atenção à vigilância em saúde. In: ROUQUAIROL, Maria Z. ALMEIDA FILHO, Naomar. (Orgs.) **Epidemiologia e Saúde.** 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567- 586.

PAIM, Jairnilson S. **O que é o SUS.** Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

PARANÁ. Governo do Estado. **Estado faz orientações sobre coronavírus em cinco idiomas.** 2020. Disponível em:

<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=106072&tit=Cartazes-sobre-coronavirus-serao-distribuidos-em-cinco-idiomias>. Acesso em: 07 out. 2020.

PASCHE. Dario F. Contribuições da Humanização da saúde para o fortalecimento da atenção básica. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Cadernos Humanizasus Atenção Básica. Brasília (DF), 2010. p. 11-28.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista**

Saúde Pública. v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, Gabriel C.; COTINGUIBA, Laura A.; SOUZA, Pâmela M. de. Implicações linguísticas no acesso de imigrantes na rede pública escolar de Porto Velho. **Revista Presença Geográfica**, v. 4, nº especial, 2019.

PESSOA, Maria do S. Concepções de Linguagem e Políticas Linguístico-Culturais: aproximações e/ou afastamentos na Educação Linguística. *In*: ANÇÃ, Maria H.; FERREIRA, Teresa (org.), **Actas do Seminário "Língua Portuguesa e Integração"**, Universidade de Aveiro, 2007. Disponível em: https://ria.ua.pt/bitstream/10773/13609/1/atas%20do%20seminario_lingua%20portuguesa%20e%20integracao.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

PIMENTA, Carlos. Interdisciplinaridade e universidade: tópicos de interpretação e ação. *In*: BIZARRO, Rosa. (Ed.). **A escola e a diversidade cultural: Multiculturalismo, interculturalismo e educação.** Porto, Portugal: Areal Editores, 2006. p. 01-35. Disponível em: <https://www.fep.up.pt/docentes/cpimenta/textos/pdf/E026492.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2009, p. 69-116.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 9-36.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: desafios e perspectivas contemporâneas. **Revista TST**, Brasília, v. 75, n. 1, jan./mar. 2009.

PIOVESAN, Flávia. Proteção dos direitos humanos sob as perspectivas de raça, etnia, gênero e orientação sexual. Perspectivas do constitucionalismo brasileiro à luz dos sistemas global e regional de proteção. *In*: BERTOLDI, Márcia R. GASTAL, Alexandre F. CARDOSO, Simone T. (Orgs.). **Direitos fundamentais e vulnerabilidade social: em homenagem ao professor Ingo Wolfgang Sarlet.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2016.

POLI, Luciana. Um olhar sobre a teoria crítica de Axel Honneth. **Iusgentium**, v. 12, n. 6, p. 209-230, jul./dez. 2015.

POSSANI, Lourdes de F. P. FRANCO, Cecília B. **Por uma cidade acolhedora: somos todos migrantes.** Paulus Editora, 2018. Disponível em: <https://www.paulus.com.br/loja/appendix/4998.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

PRELHAZ, João F. A. **Globalização das Migrações.** 2015, 105f. Dissertação (Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa. 2012. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/7067/1/Globaliza%C3%A7%C3%A3o%20das%20Migra%C3%A7%C3%B5es%20-%20Jo%C3%A3o%20Prelhaz.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

PUCCHINI, Paulo T.; CECÍLIO, Luiz C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

ROMANHOLI, Renata M. Z.; CYRINO, Eliana G. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, p. 693-705, 2012.

RAMOS, Maria N. P. **Comunicação e Saúde em contexto multicultural**. IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura 28 a 30 de maio de 2008. Faculdade de Comunicação/UFBA, Salvador-Bahia-Brasil. 2008b.

RAMOS, Maria N. P. Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais. *In*: ROCHA, Marcia M. de S.; RAMOS, Maria N. P.; SANTOS, Silvana M. de M.; COSTA, Maria D. H. da. (Orgs). **Seguridade Social, Interculturalidade e Desigualdade na Contemporaneidade**. Edufrn. Lisboa, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/22342/8/Seguridade%20social%2C%20interculturalidades%20e%20desigualdades%20na%20contemporaneidade.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

RAMOS, Maria N. P. Migração, Maternidade e Saúde. **Repertório**, v.18, n.1, p. 84-93, 2012. Disponível em:

<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3128/1/maternidade%20e%20migracao%20a7%20a30.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

RAMOS, Natália. Comunicação e Interculturalidade nos cuidados de saúde. **“Psychologica”**, n. 45, p. 147-169, 2007.

RAMOS, Natália. Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde. *In*: RAMOS, Natália (org.) **Saúde, Migração e Interculturalidade**. João Pessoa, Editora Universitária da UFPB, 2008c.

RAMOS, Natália. Saúde, migração e direitos humanos. **Mudanças Psicologia da Saúde**. v. 17, n. 1, p. 1-11, 2009.

RAMOS, Natália. **Saúde, Migração e Interculturalidade**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2008a.

RAMOS, Natália. **Saúde, migração e interculturalidade**. João Pessoa: EDUFBA, 2008.

RAMOS, Silvana P. **Hospitalidade e migrações internacionais: o Bem receber e o ser bem recebido**. São Paulo: ed. Aleph, 2003.

REBELO, Filomena M. V. **Mediação intercultural no acesso da população imigrante, não lusófona e residente no Porto, aos cuidados de saúde primários**. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais Instituto Politécnico de Leiria. 2019, 102f. Dissertação (Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social). Porto, 2019. Disponível em:

https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/4008/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%2BFilomena%2BRebello%2C%2Baluna%20SEM%20ANEXOS_1160062%2BMMIIS%20-%20C%C3%B3pia.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

REDIN, Giuliana. **Direito de Imigrar: Direitos Humanos e Espaço Público na Sociedade Contemporânea**. 2010, 197 f., Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Direito, Curitiba, PR, 2010.

REIS, Émilien V. B.; NAVES, Bruno T. de O. O Nascimento do Direito à Alteridade na Cidade. **Veredas do Direito**, Belo Horizonte, v. 14, n. 29, p. 55-79, mai./ago. 2017.

REIS, Lyria M.; RAMOS, Natália. Imigrantes brasileiros em Lisboa e utilização dos serviços de saúde. *In*: PADILLA, B. *et al.* (Org.). **Novas e velhas configurações da imigração brasileira na Europa**. Atas 2º Seminário de estudos sobre a imigração brasileira na Europa. Lisboa: ISCTE-IUL, p.103-11, 2012. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3874/5/COMPLETO_FINAL_livro_novas_e_velhas.pdf. Acesso em: 14 fev. 2020.

REIS, Lyria M. RAMOS, Natália. Migração e saúde dos brasileiros residentes em Lisboa. **Revista Ambivalências**, v.1, n.2, p. 29 -53, jul./dez. 2013.

REIS, Rossana R. Soberania, direitos humanos e migrações internacionais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 55, p.149-163, jun. 2004.

RIKIL, Fabiana. **Imigrantes venezuelanos no município de Boa Vista - Roraima e as políticas públicas sociais**. 2018, 129 f., Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade de Santa Cruz do Sul, 2018.

RIOS, Cláudia T. F.; VIEIRA, Neiva F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

RIOS, Roger R. **Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos**. Seguridade Social, Cidadania e Saúde, 2012. Disponível em: https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao031/roger_rios.html. Acesso em: 10 abr. 2020.

RISSON, Ana P., MATSUE, Regina Y. LIMA, Ana C. C. Atenção em Saúde aos Imigrantes Haitianos em Chapecó e suas Dimensões Étnico-Raciais. **O Social em Questão**, Ano XXI, n. 41, p. 111-130, mai./ ago.2018.

RIZZOTTO, Maria L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar./abr. 2002.

ROLLSING. Carlos. Novos imigrantes mudam o cenário do Rio Grande do Sul. **Gaúcha ZH**. Porto Alegre, 18 de agosto de 2014.

SÁ, Ana C. **O cuidado do emocional em enfermagem**. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

SÁ, Patrícia R. C. de. As redes sociais de haitianos em Belo Horizonte: análise dos laços relacionais no encaminhamento e ascensão dos migrantes no mercado de trabalho. **Cadernos OBMigra**. Brasília, v. 1, n. 3, p. 99-127, 2015.

SACHS, Ignacy. **Desenvolvimento incluyente, sustentável, sustentado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

SACHS, Ignacy. Qual desenvolvimento para o século XXI? *In*: BARRÈRE, Martine (coord.). **Terra, patrimônio comum**. Tradução: Estela dos Santos Abreu. São Paulo: Nobel, 1992. p. 117- 130.

SALLES, Ana C. T. da C. Discurso de encerramento da diretoria biênio 2009–2011. **Reverso**, Belo Horizonte, ano 34, n. 63, p. 107-112, jun. 2012.

SALES, Marcelo. O rosto do outro como fundamento ético em Emmanuel Lévinas. **Reflexão**, Campinas, v. 30, n. 88, p. 105-126, jul./dez., 2005.

SAYAD, Abdelmalek. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. Prefácio de Pierre Bourdieu. Tradução: Cristina Murachco. São Paulo: Edusp, 1998.

SAMPAIO, Cyntia. Migração e Saúde: um testemunho. **REMHU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, v. 21, n. 40, p.245-250, jun. 2013.

SANTOS, Alessandro de O. dos. Superar o racismo e promover a saúde da população negra: desafios para o trabalho de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil. *In*: PAIVA, Vera. AYRES, José R. BUCHALLA, Cassia M. **Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012. p. 145-163

SANTOS, Boaventura de S. **A globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, Boaventura de S. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010a.

SANTOS, Boaventura de S. **La Globalización del derecho: Los nuevos caminos de la regulación y la emancipación**. Bogotá: ILSA, 1998. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/La_globalizacion_del_derecho_Los_nuevos_caminos_de_la_regulacion_y_la_emancipacion.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

SANTOS, Fabiana V. dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p. 477-494, 2015.

SANTOS, Lenir. **Direito da Saúde no Brasil**. Campinas, SP: Saberes, 2010b.

SANTOS, Marília L. dos. **Interpretação constitucional no controle judicial das políticas públicas**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 2006.

SANTOS, Marília L. dos. Políticas públicas (Econômicas) e controle. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, ano. 40, n. 158, abr./jun.2003.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: Técnica e tempo. Razão e emoção**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, Milton. O retorno do território. *In: Território y movimientos sociales*. OSAL, Observatório Social de América Latina, año VI, no. 16. CLACSO, Buenos Aires, Argentina, 2005. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar//ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização – do pensamento único à consciência universal**. São Paulo, Editora Record, 2001.

SANTOS, Milton. **Ser negro no Brasil hoje**. São Paulo: Folha de São Paulo. 07 de maio de 2000.

SANTOS, Wagner J. dos; GIACOMIN, Carla C.; FIRMO, Josélia O. A. Alteridade da dor nas práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3713-3721, 2015.

SÃO PAULO (SP), Prefeitura Municipal. **Capacitação e sensibilização no atendimento aos migrantes**. 2015. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/imigrantes_e_trabalho_decente/programas_e_projetos/index.php?p=198964. Acesso em: 15 mar. 2020.

SÃO PAULO (SP). Prefeitura Municipal. **Portas abertas**: curso de português para migrantes. 2018. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/imigrantes_e_trabalho_decente/programas_e_projetos/portas_abertas/index.php?p=259304. Acesso em: 15 mar. 2020.

SÃO PAULO (SP). Prefeitura Municipal. **Prefeitura regulamenta política para imigrante e lança cartilha para facilitar acesso aos serviços**. Coordenação de Políticas para Imigrantes. 2016. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/migrantes/noticias/?p=227414. Acesso em: 15 mar. 2020.

SÃO PAULO (SP). Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde**. Publicações. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/publicacoes/index.php?p=19273#imigrantes>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SÃO PAULO SÃO. **Agentes de saúde atendem a uma crescente população migrante em São Paulo**. Disponível em: <https://saopaulosao.com.br/nossas-pessoas/3479-agentes-de-saude-estrangeiros-atendem-a-uma-crescente-populacao-imigrante-em-sao-paulo.html#>. Acesso em: 17 fev. 2020.

SARAMAGO, José. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SARLET, Ingo W. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 12. ed. rev. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.

SARLET, Ingo W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na**

Constituição Federal de 1988. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001.

SARLET, Ingo W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direito Fundamental na Constituição Federal de 1988.** 9. Ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARLET, Ingo W. Dignidade (da pessoa) humana, mínimo existencial e justiça constitucional: algumas aproximações e alguns desafios. **Revista do CEJUR/TJSC: Prestação Jurisdicional**, v. 1, n. 01, p. 29-44, dez. 2013.

SARLET, Ingo W. Direitos fundamentais sociais, “mínimo existencial” e direito privado: breves notas sobre alguns aspectos da possível eficácia dos direitos sociais nas relações entre particulares. *In*: SARMENTO, Daniel; GALDINO, Flávio (orgs.). **Direitos fundamentais: estudos em homenagem ao Professor Ricardo Lobo Torres.** Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 551-602.

SARLET, Ingo W. Os direitos fundamentais sociais na Constituição de 1988. **Revista de Diálogo Jurídico.** Salvador, Ano I, v.1, n.1, abr. 2001.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana: conteúdo, trajetórias e metodologia.** Belo Horizonte: Fórum, 2019.

SARMENTO, Daniel. Direitos sociais e globalização: limites ético-jurídicos ao realinhamento constitucional. **Revista Dir. Administrativo**, Rio de Janeiro, 223: 153-168, jan./mar. 200.

SATALECKA, Malgorzata. **A resposta do estado às barreiras linguísticas dos imigrantes: o caso português.** 2011, 143f. Dissertação (Mestrado em Migrações) - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova Lisboa, 2011. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/5756>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SAYAD, Abdelmalek. **A imigração ou os paradoxos da alteridade.** Prefácio de Pierre Bourdieu. Tradução: Cristina Murachco. São Paulo: Edusp, 1998.

SCHMIDT, João P. Para atender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: REIS, Jorge R.; LEAL, Rogério G. (Org.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008.

SCHOPENHAUER, Arthur. **A Fábula do porco-espinho.** Tradução: Clara Alvino. Disponível em: <https://www.livrosdigitais.org.br/livro/34509GG9ECCA4E?page=1>. Acesso em: 10 dez. 2018.

SEN, Amartya. **A Ideia de Justiça.** São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar: A Ética do Desenvolvimento e os Problemas do Mundo Globalizado.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SENGER, Ilise. **As (bio)políticas migratórias na contemporaneidade: o controle dos fluxos migratórios entre o utilitarismo e o repressivismo e o “ser-tal” dos**

migrantes como estratégia de resistência. 2016. Dissertação (Mestrado em Direito) - Ijuí: Unijuí. 2016.

SILVA, Elaine C. C. da; RAMOS, Dalton L. de P. Interação transcultural nos serviços de saúde. **Acta Bioeth.** v.16, n. 2, p.180-90, 2010.

SILVA, José A. da. Estado Democrático de Direito. **Revista Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v.173, p 15-34, 1998.

SILVA, José A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 24 ed. rev. e ampl. São Paulo: Malheiros, 2005.

SILVA, José P. V. da; BATISTELLA, Carlos; GOMES, Mauro de L. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. *In*: FONSECA, Angélica F.; CORBO, Ana M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 159-176.

SILVA, Leda M. M.; LIMA, Sarah S. Os imigrantes no Brasil, sua vulnerabilidade e o princípio da igualdade. **Revista Brasileira de Políticas Públicas** (Online), Brasília, v. 7, n. 2, p. 384-403, 2007.

SILVA, Ligia M. V. da. ALMEIDA FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25 Sup 2, 2009.

SILVA, Mara R. S. da S.; LUNARDI, Valéria L.; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; TAVARES, Katia Ott. Resiliência e promoção da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, p. 95-102, 2005.

SILVA JÚNIOR. Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. *In*: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D.Andrea (orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.p-27-42.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; MERHY, Emerson Elias. CARVALHO, Luis Carlos de. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araujo de. (orgs). **Construção da integralidade. Cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2007. p. 115-130

SILVA NORONHA, Maria G. R. da C. e. CARDOSO, Paloma S. MORAES, Tatiana N. P. CENTA, Maria de L. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.497-506, 2009.

SILVEIRA, Daniel R. MAHFOUD, Miguel. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.4, p.567-576, out./ dez. 2008.

SIMMEL. Georg. O Estrangeiro. **RBSE**, v. 4. n.12, dez. 2005. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/grem/SIMMEL.O%20estrangeiro.Trad.Koury.rbsedez05.pdf>. Acesso: 05 dez. 2018.

SIMÕES, Ana L. de A.; RODRIGUES, Fernanda R.; TAVARES, Darlene M. dos S.; RODRIGUES, Leiner R. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.3, p. 439-444, jul./set. 2007.

SMITH, Neil. **Desenvolvimento desigual**: natureza, capital e a produção de espaço, Tradução: Eduardo de Almeida Navarro. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. Disponível em: <https://www.athuar.uema.br/wp-content/uploads/2018/01/SMITH-NEIL-Desenvolvimento-Desigual.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2019.

STEFFENS, Isadora. MARTINS, Jameson. “Falta um Jorge”: a saúde na política municipal para migrantes de São Paulo (SP). **Lua Nova**, São Paulo, v.8, p. 275-299, 2016.

STURZA, Janaína M. **Realidade ou utopia na promoção e garantia da inclusão social**: a sociedade democrática e a dinâmica das políticas públicas para a cidadania. Florianópolis: CONPEDI, 2017. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/roj0xn13/nd2j6j8l/3TL4zeUcBfih7FtQ.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2018.

SOPA, Maria J. P. **Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório**, 2009, 366f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1343/1/Representa%C3%A7%C3%B5es%20e%20Pr%C3%A1ticas%20da%20Maternidade%20em%20Contexto%20Multicu.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

TEIXEIRA Ricardo. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de A. de. (orgs). **Construção da integralidade. Cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2007. p. 91- 113.

TEIXEIRA, Ricardo R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. v.6, n.1, pp.49-61, 2001.

TORRALBA, Francesc R. Antropologia del cuidar. Madrid: Institut Borja de Bioética/Fundación Mapfre Medicina; 1998.

TORRALBA, Francesc R. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

TOSSIN, Laísa F. SANTÍN, Terezinha L. Projeto migratório feminino: motivações e sofrimentos entre sonho e realidade. **Imaginário USP**, v. 13, n.14, p. 417-438, 2007.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica S. M. de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura C. *et al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRINDADE, Antônio A. C. Desarraigamento e a proteção dos migrantes na legislação internacional dos direitos humanos. **Revista da Faculdade de Direito - UFPR**, Curitiba, n.47, p.29-64, 2008.

TRINDADE, Antônio A. C. **Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos**. Vol. I. Porto Alegre, RS: S.A. Fabris, 1997.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, Victor V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 15, p. 7-14, 1999.

VARELA, Julio. Migraciones, Globalización y Derechos Humanos. Quito: **Revista Aportes Andinos** nº 7, Universidad Andina Simón Bolívar, 2003. Disponível em: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/628/1/RAA-07-Varela-Migraciones%2c%20globalizaci%c3%b3n%20y%20derechos%20humanos.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2019.

VARESE, Luis. Derrubar muros, e não levantá-los. **Folha de São Paulo**, tendências/debates. São Paulo. Folha do Amanhã. 03 nov. 2006.

VELASCO. Suzana de S. L. Cidadania, nação e segurança: o imigrante como ameaça à identidade centrada no Estado. *In: Imigração Europeia: uma leitura crítica a partir do nexos da securitização, cidadania e identidade transnacional* (online). Campina Grande: EDUEPB. 2014, p.23-63. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/czm3m/pdf/velasco-9788578792817-02.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

VENTURA, Deisy. **Imigração no Brasil - Conexão Futura - Canal Futura**. 2015. 1 vídeo (25 min). Publicado pelo Canal Futura. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PAm8HICUVg>. Acesso em: 18 out. 2018.

VENTURA, Deisy. **Migrar é um direito humano**. Saúde Global. 2014. Disponível em: <http://operamundi.uol.com.br/conteudo/opiniao/33594/migrar+e+um+direito+humano.shtml>. Acesso em: 17 out. 2018.

VENTURA, Deisy. Mobilidade Humana e Saúde Global. **REVUSP**, n. 107: Dossiê "Saúde Urbana", p. 55-64, 2015b.

VÉRAS. Maria P. B. A Produção da Alteridade na Metrópole: Desigualdade, Segregação e Diferença em São Paulo Maura. *In: DANTAS, Sylvia Duarte (org.). Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais*, São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012. p. 59-84. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/pesquisa/grupos-pesquisa/dialogos-interculturais/publicacoes/dialogosinterculturais.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

VERGARA, Sylvia C. **Métodos de coleta de dados no campo**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2012.

VIANA, Ana L. D.; BAPTISTA, Tatiana W. de F. Análise de Política em Saúde. *In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura C. et al. (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 59-87.

VIEGAS, Selma M. da F. PENNA, Cláudia M. de M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.181-190, 2013.

WALDOW, Vera R.; BORGES, Rosália F. Cuidar e humanizar: relações e significados. Porto Alegre. **Acta Paul Enfermagem**, v. 24, n.3, p. 414-418, 2011.

WALDOW, Vera R.; BORGES, Rosália F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, jul./ago., 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_18.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

WARSCHAUER, Mark. **Tecnologia e inclusão social: a exclusão social em debate**. São Paulo: Senac, 2006

WERMUTH, Maiquel A. D. **A Produção da Vida Nua no Patamar de (In)distinção entre Direito e Violência: a gramática dos imigrantes como “sujeitos de risco” e a necessidade de arrostar a mixofobia por meio da profanação em busca da comunidade que vem**. 2014, 272f. Tese (Doutorado em Direito). São Leopoldo, RS, UNISINOS, 2014.

WERMUTH, Maiquel A. D. NIELSSON, Joice G. De Hannah Arendt a Judith Butler: em busca da humanidade perdida nas fronteiras do estado-nação. **Pensar**, Fortaleza, v. 22, n. 1, p. 301-334, jan./abr. 2017.

WERMUTH, Maiquel A. D.; SENGER, Ilise. As migrações no mundo contemporâneo e o paradoxal papel dos direitos humanos: proteção ou abandono?. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC**. v. 37, n.1, jan./jun. 2017.

VARENNE, Fernand. Mediations and Language Rights: a human rights perspective *In*: CHAI, Cássius G; ADORNO, Alberto M. P. DJEFFAL, Christian. (Orgs.).

Mediação e Conflitos Internacionais. São Luís: Procuradoria Geral de Justiça do Estado do Maranhão/Jornal da Justiça/Cultura, Direito e Sociedade (DGP/CNPq/UFMA), 2014. p.73-81. Disponível em:

https://www.mpma.mp.br/arquivos/biblioteca/livros/5318_mediacao_e_conflitos_internacionais_ebook.pdf. Acesso em: 14 fev. 2020.

VASCONCELLOS, Maria da P. V.; ADORNO, Rubens C. de F. Pensando a Saúde entre Culturas: Mediações em Tempos de Incertezas, Conflitos e Mobilidades Transnacionais. *In*: DANTAS, Sylvia D. (org.). **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**, São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012. p. 133-140. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/pesquisa/grupos-pesquisa/dialogos-interculturais/publicacoes/dialogosinterculturais.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

VENTURA, Deisy de F. L. YUJRA, Veronica Q. **Saúde de Migrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

VENTURA, Deisy. **Migrar é um direito**. São Paulo: SESC. 02 fev. 2016. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/online/artigo/s/dFi#/tagcloud=lista>. Acesso em: 04 abr.2016.

VÉRAS, Maria P. B. A Produção da Alteridade na Metrópole: Desigualdade, Segregação e Diferença em São Paulo Maura. *In*: DANTAS, Sylvia D. (org.). **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**, São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012. p. 59-84

VIEGAS, Selma da F.; PENNA, Cláudia M. de M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.181-190, 2013.

VIEIRA, Lizt. Morrer pela pátria? Notas sobre identidade nacional e globalização. *In*: **Identidade e globalização: impasses e perspectivas da identidade e a diversidade cultural**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

ZAFFARONI, Eugenio R. **O inimigo no Direito Penal**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2007.

ZAMBAM, Neuro J.; KUJAWA, Henrique A. As políticas públicas em Amartya Sen: condição de agente e liberdade social. **Revista Brasileira de Direito**, Passo Fundo, v. 13, n. 1, p. 60-85, mar. 2017.

ZEIFERT, Zeifert; STURZA, Janaína M. As políticas públicas e a promoção da dignidade: uma abordagem norteada pelas capacidades (capabilities approach) propostas por Martha Nussbaum. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 9, n. 1 p.114-126, 2019.

ZUBEN, Reginaldo V. **Educação e ética planetária no contexto da globalização**. 2010, 144f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade Estadual de Londrina. Londrina, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/ppedu/images/stories/downloads/dissertacoes/2010/2010%20-%20ZUBEN,%20Reginaldo%20Von.pdf> Acesso em: 12 mai. 2019.



UNIVATES

R. Avelino Talini, 171 | Bairro Universitário | Lajeado | RS | Brasil
CEP 95914.014 | Cx. Postal 155 | Fone: (51) 3714.7000
www.univates.br | 0800 7 07 08 09