

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

GEISA NEUTZLING DE MORAES

**SAÚDE DE MIGRANTES E REFUGIADOS EM PORTO ALEGRE:
“A DOENÇA QUE ELES TÊM NÃO É O HOSPITAL QUE RESOLVE”.**

PORTO ALEGRE

2023

GEISA NEUTZLING DE MORAES

**SAÚDE DE MIGRANTES E REFUGIADOS EM PORTO ALEGRE: “A DOENÇA QUE
ELES TÊM NÃO É O HOSPITAL QUE RESOLVE”**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Aline Blaya Martins

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Saúde, sociedade, educação e humanidades

**PORTO ALEGRE
2023**

CIP - Catalogação na Publicação

Neutzling de Moraes, Geisa
SAÚDE DE MIGRANTES E REFUGIADOS EM PORTO ALEGRE:
"A DOENÇA QUE ELES TÊM NÃO É O HOSPITAL QUE RESOLVE".
/ Geisa Neutzling de Moraes. -- 2023.
104 f.
Orientadora: Aline Blaya Martins.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Migrantes. 2. Refugiados. 3. Capitalismo. 4.
Saúde. 5. Voluntários. I. Blaya Martins, Aline,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

GEISA NEUTZLING DE MORAES

SAÚDE DE MIGRANTES E REFUGIADOS EM PORTO ALEGRE: “A doença que eles têm não é o hospital que resolve”

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em Porto Alegre, 20 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Aline Blaya Martins
Presidente da Banca – Orientadora
PPGCol/UFRGS

Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla
Membro da banca
PPGCol/UFRGS

Prof^ª. Dra. Fernanda Souza Bairros
Membro da banca
PPGCol/UFRGS

Dra. Nadege Jacques

Membro da banca

Center For Haitian Studies INC. – CHS

Dra. Verônica Quispe Yujra

Membro da Banca

Faculdade Santa Marcelina - FASM

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha amada mãe Theresinha Lourdes Neutzling de Moraes que em 2022 me deixou. Ela foi exemplo de mulher, mãe, professora da rede pública e cuidadora de todos. Ela já me levava à sala de aula em sua barriga e por muitas outras vezes em seu colo. Deu o seu melhor e o possível, sempre preocupada com o avanço da “geografia da fome”, lutou com dignidade por seus alunos, os “Condenados da terra” percorrendo caminhos muito além da sala de aula. Ela sempre me inspirou! É desta forma que encerro este ciclo de estudos e de minha vida, apresentando o meu melhor e o meu possível.

AGRADECIMENTOS

Ao meu companheiro Édnei da Silva Nunes, por acreditar, incentivar e possibilitar mais esta minha conquista.

À minha amada mãe que durante o processo de produção deste trabalho precisou de meus cuidados e que agora está olhando por mim em outro plano espiritual.

À minha psicóloga Fernanda Sala Brandão por sempre me incentivar e levantar até a conclusão deste trabalho em busca do meu fortalecimento pessoal.

À minha orientadora Dra. Aline Blaya Martins, principalmente, que nunca desistiu de mim, pelo contrário, me amparou em todos os momentos desta construção e nos períodos críticos que vivi. Aceitou este meu desafio e me abraçou.

Ao prof. Dr. Renato José de Marchi sempre muito atencioso e disponível na construção da metodologia de trabalho desde o projeto de pesquisa.

À amiga e professora Fernanda Montenegro pelo carinho e construção do abstract.

Às instituições de Porto Alegre que abriram suas portas possibilitando a concretização deste trabalho.

Aos voluntários que solitários buscam com generosidade amparar e que aceitaram participar com tanto carinho e atenção desta pesquisa relatando com muita emoção todas suas experiências vivenciadas no percurso de trabalho com migrantes e refugiados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e a Escola de Enfermagem pelo acolhimento e resistência nos tempos de pandemia de COVID-19 e a UFRGS pelos belos momentos em que aqui vivi.

*“Crear
es transgredir um poco
...mucho,
vivir com autonomia
também.”*

Clara Coria

RESUMO

Introdução: Os equipamentos públicos de saúde não estão totalmente preparados para atender demandas de pessoas residentes nascidas em outros países. **Justificativa:** A partir desta constatação histórica e enquanto ocorre a qualificação da rede, voluntários e instituições do 3º setor apareceram com protagonismo social no acolhimento e cuidado a essas pessoas. **Objetivo:** Foi analisar e compreender como se dá o acesso a saúde de migrantes residentes em POA, identificar atores e ações de apoio, acolhimento e promoção de saúde e sua relação com a RAS (rede de atenção à saúde). **Metodologia:** Para buscar respostas às questões iniciais localizamos instituições e profissionais do terceiro setor que atuavam com migrantes e refugiados em Porto Alegre e região metropolitana através do site de busca Google encontramos uma lista com doze instituições e seus contatos disponíveis no site do Observatório Brasileiro de Migrações. Os primeiros entrevistados indicaram e disponibilizaram o contato de outras pessoas chave pelo método Bola de Neve, assim desenvolveu-se 10 entrevistas presenciais em 2019, dois entrevistados também eram migrantes. Utilizamos para as entrevistas um roteiro semiestruturado elaborado pela pesquisadora a partir de referenciais clássicos de Promoção da Saúde. Depois de gravadas as informações foram transcritas, agrupadas de acordo com a Teoria Fundamentada em dados, analisadas e categorizadas por temas mais relevantes e então discutidas. **Resultados:** Os resultados encontrados estão relacionados à busca de trabalho, qualidade de vida, mas sempre são atravessados por desigualdades estruturais originadas pelo colonialismo e perpetuados pela crueldade capitalista. Os países subdesenvolvidos remam contra a maré sem colete salva vidas e quando recebem ajuda tem que pagar a custo da escravização, miséria e violência. A migração aparece como uma oportunidade de alçar melhores destinos para as famílias, sempre personalizada em um eleito. **Conclusão:** Quando esse eleito não consegue retribuir da forma esperada porque se deparou com continuidade daquilo que fugia em seu país e que assumiu nomes diferentes durante a diáspora...racismo, xenofobia e discriminação, ele adocece. É essa doença identificada nas entrevistas e que vai muito além da necessidade de um hospital. Mesmo assim, logo o corpo se defende manifestando perturbações reacionais, doenças mentais e físicas. Aplicabilidade está na compreensão do adoecimento da população migrante contextualizada como coletiva, social e abusiva às nações jovens, negras e não europeias, subjugadas por países líderes do capitalismo mundial.

Descritores: refugiados; migrantes; capitalismo; saúde; voluntários.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian public health institutions are not prepared to meet the demands of foreigners. **Justification:** Based on this historical and current finding, volunteers institutions demonstrated social protagonism in receiving and taking care of these people. The objective of this study was to analyze and understand how migrants living in POA have access to health, to identify actors and support actions, reception and health promotion and their relationship with the RAS (health care network). **Methodology:** To seek answers to the initial questions, we located institutions and professionals from the third sector that worked with migrants and refugees in Porto Alegre and the metropolitan region through the Google search site. The first interviewees indicated and made available the contact of other key people through the Snowball method, so 10 face-to-face interviews were carried out in 2019, two interviewees were also migrants. For the interviews, we used a semi-structured script prepared by the researcher based on classic Health Promotion references. After recording, the information was transcribed, grouped according to Grounded Theory, analyzed and categorized by the most relevant themes and then discussed. **Results:** The results found are related to the search for work, quality of life, but are always crossed by structural inequalities originated by colonialism and perpetuated by capitalist cruelty. Underdeveloped countries row against the tide without a life jacket and when they receive help they have to pay the cost of enslavement, misery and violence. Migration appears as an opportunity to raise better destinations for families, always personalized in a chosen one. **Conclusion:** When that elected person fails to reciprocate in the expected way because he is faced with the continuity of what was fleeing in his country and which took on different names during the diaspora...racism, xenophobia and discrimination, he/she gets sick. And these illnesses identified in the interviews that go far beyond the need for a hospital. Even so, soon the body defends itself by developing reactionary disorders, mental and physical illnesses. Applicability lies in understanding the illness of the migrant population contextualized as collective, social and abusive to young, black and non-European nations, subjugated by leading countries of world capitalism.

Descriptors: migrants; refugees; capitalism; health ; volunteers.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Imagem do mapa da fronteira do Brasil.....	23
FIGURA 2 – Simón Bolívar	46
FIGURA 3 – Argelia Laya	47
FIGURA 4 – François Dominique Toussaint Louverture.....	49
FIGURA 5 – Cécile Fatiman.....	50
FIGURA 6 – Suzanne Sanité.....	50
FIGURA 7 – Mapa Ilha Hispaniola.....	51
FIGURA 8 – Léopold Sédar Senghor.....	54
FIGURA 9 – Famílias que lutam contra a fome	70
FIGURA 10 – Mulheres caminhando em meio ao lixo.....	70

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	OBJETIVOS	15
3.	MARCO TEÓRICO	16
3.1.	CAPITALISMO, PATRIARCADO E MOVIMENTO MIGRATÓRIO: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS.	16
3.2.	MOBILIDADE HUMANA	20
3.3.	AGÊNCIAS INTERNACIONAIS, ORGANIZAÇÕES E ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS NO “AMPARO” AOS MIGRANTES E REFUGIADOS	31
3.4.	SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUS	37
4.	PERCURSO METODOLÓGICO	42
4.1.	O CONTEXTO DA PESQUISA	42
4.2.	CENÁRIOS E PERSONAGENS	44
5.	CONCLUSÃO	56
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	72
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	73
	APÊNDICE 3 - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA	76

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que unicamente o biológico não contempla o significado de saúde. Mas o que é de fato saúde? O que determina a saúde dos sujeitos? A saúde coletiva atua de forma a reunir áreas do conhecimento que contemplam os Determinantes Sociais da Saúde coletivos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; RABELLO, 2010) trazendo perspectivas de que situações de vulnerabilidade social e exclusão política aumentam as chances de adoecimento.

A Promoção da Saúde foi o principal objetivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) para todas as nações a partir dos anos 60 e 70, o Brasil não tinha um sistema de saúde universal e equânime até 1990 foi então, por meio da união de forças conhecidas como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que além de colaborar com a nova Constituição Federal, teve o protagonismo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) logo após o período de ditadura militar. A conquista da saúde no Brasil é fruto de uma longa trajetória de luta e resistência que segue até os dias atuais, o SUS tem responsabilidade de atendimento universal, integral e equânime para todas as pessoas que estão em território nacional (GOHN, 2011), porém somente no ano de 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), foi oficializada como estratégia ampliada de saúde para enfrentamento das iniquidades estruturais que determinam a saúde tanto dos brasileiros como dos migrantes que vivem aqui. (BRASIL, 2006).

Mesmo aos trinta anos de existência o SUS ainda necessita de ajustes de gestão e financiamento, produzir políticas públicas mais equânimes e oportunizar a formação de profissionais voltada à realidade das pessoas (PAIM, 2018). Existe uma preocupação sobre os possíveis impactos negativos na qualidade de vida dos brasileiros em relação ao congelamento dos investimentos em educação e saúde que ocorreram em 2018 (MALTA et al., 2018), assim como os anos de pandemia e de governo neoliberal principalmente sobre populações marginalizadas e colocadas à margem. No período da pandemia houve uma tentativa de desacreditação do SUS e na eficiência da vacina, mas no geral a visão da sua importância foi predominante e mostrou que pode mudar as estatísticas e taxas de mortalidade, mais que isso, salvar vidas (MARTINS, 2022). O enfrentamento desarticulado do governo federal na Pandemia de COVID-19 sobrecarregou mais ainda os serviços e os trabalhadores em saúde, mas por outro lado demonstrou a importância do SUS, da Promoção e da Prevenção em Saúde, a população mundial e brasileira parece que nunca sentiu tanta necessidade de proteção e amparo dos governos em relação ao risco de vida que o vírus ofereceu, o atraso na compra de

vacinas e a conduta negacionista da gestão federal brasileira levou a mais de 600.000 mortes evitáveis no Brasil. Mesmo com nova perspectiva de condução na saúde vai demorar para conseguir recuperar o que se perdeu e ainda para atender às novas demandas de trabalho herdadas da pandemia. A desinformação das notícias nas redes sociais e a exaustão laboral contribuíram para fragilizar as relações de trabalho em saúde do SUS e da rede privada, um verdadeiro efeito cascata se formou sobre os serviços e de exposição aos trabalhadores (COSAC et al., 2022).

O Brasil é um país de poucos acordos bilaterais de residência, fazendo com que a migração geralmente envolva pessoas indocumentadas pois uma vez que não há meios legais de se regularizar muitos optam por entrar irregularmente pela grande área de divisa do Brasil com outros países o que dificulta o amparo a quem atravessa a fronteira. O Mercosul é um acordo bilateral onde Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile, Peru, Colômbia e Equador fazem parte, a Venezuela não participa desde 2017 e o Haiti não tem nenhum acordo deste tipo. Todas essas dificuldades sobrecarregam a organização e a gestão de políticas públicas desses municípios que geralmente são pequenos e com pouca infraestrutura para sustentar a vinda de outras pessoas além da população local. Além disso, a distância das grandes capitais da região sudeste onde é maior a diversidade de recursos e desenvolvimento econômico atrapalha o adequado apoio aos migrantes (GADELHA; COSTA, 2007). A única possibilidade existente e oferecida pelo governo federal foi levar as famílias de migrantes e refugiados que estavam em Roraima (cidade de fronteira) até estados e municípios que desejavam recebê-los em um processo que o governo chamou de movimento de interiorização (BRASIL, 2018).

A mobilidade humana, a imigração e o refúgio retomam temas antigos quase tanto como a existência do homem, historicamente nos primeiros escritos bíblicos se encontram relatos de perseguição e busca por segurança, moradia, trabalho, alimento e paz. Analisando por uma linha de tempo podemos visualizar o desenvolvimento das sociedades através dos movimentos migratórios livres ou forçados, a dureza e dificuldade vivenciada que podem ou não ser suavizadas através da acolhida de um povo. Os anos de pós-guerra e de industrialização foram marcados por intensos movimentos migratórios, o que pode facilitar a discussão e a compreensão da atual situação que envolve o tema da mobilidade humana e do paradoxo da globalização, os migrantes e refugiados do século XXI desejam os mesmos objetivos dos antigos migrantes, porém o agravante está em diferentes situações de vulnerabilidades provocadas pelo crescimento do capitalismo mundial.

No cenário mundial o Brasil é conhecido como país acolhedor e economicamente atrativo, talvez esses sejam alguns dos principais motivos que levam milhares de migrantes e refugiados a procurar este país como seu destino temporário ou permanente para reconstrução de vida, porém as políticas públicas como as de saúde não conseguem atender as demandas específicas dessa população. Cabe ressaltar que muitos arranjos políticos e sociais colaboram para a exclusão do cidadão no Brasil mesmo com toda diversidade cultural e étnica, ainda assim apresenta resistências ao acolhimento e barreiras institucionais. O racismo estrutural e a xenofobia possuem raízes históricas do período colonial e dificultam mais ainda a inclusão de migrantes e refugiados que se movimentam intensamente no mundo e especialmente na América Latina, as razões para esta mobilidade humana estão associadas a situações de vulnerabilidades individuais e coletivas enfrentadas e provocadas por interesses políticos e econômicos. (GOLDBERG; MARTIN; SILVEIRA, 2015; MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018; VIEIRA, 2017).

Diariamente é noticiada na mídia a atuação de organizações da sociedade civil na defesa dos Direitos Humanos de pessoas deslocadas da própria terra, existe a colaboração mútua entre países, órgãos não governamentais e migrantes o que favorece a proteção e a garantia desses direitos principalmente para crianças, vítimas de tráfico, trabalhadores informais, irregulares e refugiados (MOTT, 2005; OBMIGRA, 2016; ONU, 2011). A principal instituição é a Organização das Nações Unidas (ONU) que propôs no final do ano de 2018 a assinatura do Pacto de Migração Internacional, tal documento tratava sobre a possibilidade de estabelecer entre seus países membros a organização dos movimentos migratórios mundiais prezando por maior solidariedade nas situações de vulnerabilidades e abusos. Embora tenha sido discutido ao longo de 18 meses, cinco países se posicionaram contra, o Brasil assinou o pacto em dezembro de 2018 e retirou sua assinatura em janeiro do ano de 2019, antes desse pacto, Brasil já era signatário da Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os trabalhadores migrantes e dos membros das suas famílias adotada pela Resolução 45/158, de 18 de Dezembro de 1990, uma vez que todo migrante obrigatoriamente se torna um trabalhador no país. (ACNUR, 2018; REUTERS, 2019).

Em muitos locais a contribuição de Organizações da Sociedade Civil (OSC) internacionais e nacionais no processo de imigração e refúgio é única e emergencial. A ONU e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) são instituições internacionais que atuam em muitos países na garantia de Direitos Fundamentais, segurança e dignidade humana sem distinções, designada pela ONU para a tarefa de enfrentamento e

desafios da imigração, desde 1951, a Organização Internacional para as Migrações (OIM) busca a colaboração de governos, organizações e da sociedade civil (ONU, 1945, 2011). Essas organizações internacionais possuem sedes em vários países, dentre estes, o Brasil, juntas formam uma rede de atuação potente de acolhimento e fixação de pessoas que passam a construir uma nova vida em outro país, essa rede de cooperação colabora na garantia dos fatores que determinam a saúde destas pessoas.

Mesmo o Brasil sendo um Estado democrático e regido por políticas sociais que deveriam proteger os cidadãos e reduzir as desigualdades, observa-se um movimento e uma série de manobras políticas com vistas a fragilizar o pluralismo político e o bem-estar, que são valores de uma sociedade fraterna e sem preconceitos, conforme prevê a Constituição e por consequência o SUS (RIZZOTTO; COSTA; LOBATO, 2018). Se isso impactar a saúde da população brasileira em curto prazo, é previsível o esvaziamento de políticas de estado que amparem a saúde da população migrante. Logo, o papel de organizações da sociedade civil passa a ser ainda mais decisivo na saúde da população migrante que chega e se fixa no país.

Diante da constatação histórica e atual, as instituições públicas brasileiras de saúde aparentemente não estão preparadas para atender as demandas de quem emigrou para o Brasil, sendo, em alguns momentos, necessária a participação de organizações da sociedade civil ou simplesmente do voluntariado. Diversas demandas sociais dos migrantes e refugiados são resolvidas com o apoio de organizações da sociedade civil e outras redes de apoio legitimadas socialmente. Este trabalho se justifica pela falta aparente de atenção à saúde de migrantes e refugiados promovida e ofertada pelo Estado Brasileiro, bem como pela construção de novas alternativas de cuidado realizadas por instituições e voluntariado.

Desta forma, essa reflexão contribui para analisar a qualidade da atenção e acesso a saúde pelo viés das comunidades migrantes, torna-se uma ferramenta de diagnóstico de efetivação da humanização e da integralidade do cuidado.

2. OBJETIVOS

Analisar e compreender como se dá o acesso a saúde de migrantes residentes em POA, identificar atores e ações de apoio, acolhimento e promoção de saúde e sua relação com a RAS (rede de atenção à saúde).

3. MARCO TEÓRICO

Para compreender o fenômeno migratório, a vida e a saúde das populações migrantes segundo voluntários e pessoas ligadas às OSC em Porto Alegre e região metropolitana, foi necessário estabelecer um recorte temático de literatura que alinhado à perspectiva do olhar e a metodologia qualitativa empregada atenderam aos objetivos que delinearão esta pesquisa. O recorte de literatura dividir-se-á em quatro tópicos, a saber:

- a) capitalismo, patriarcado e movimento migratório: causas e consequências;
- b) mobilidade humana, refúgio e imigração;
- c) agências internacionais, organizações e atores sociais envolvidos no ‘amparo’ aos migrantes e refugiados;
- d) saúde, Promoção da Saúde e SUS.

3.1. Capitalismo, patriarcado e movimento migratório: causas e consequências.

O movimento migratório não se iniciou com o capitalismo, ele é fato histórico, mas o lado perverso da acumulação de capital não poupou as nações oprimidas, escravizadas e colonizadas da busca por melhores condições de vida em outras terras e certamente transformou as causas dos fenômenos migratórios. No século XX o modelo econômico conhecido como capitalista de produção em larga escala, simbolizado pelo automóvel, foi considerado também como a terceira fase do imperialismo burguês, porque além de ampliar as desigualdades deu poder de controle para uma pequena parcela da elite e de regulação ao Estado. Neste mesmo período, foram criadas instituições internacionais como a ONU, os acordos de Bretton Woods, o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) para coordenar as demandas políticas e econômicas herdadas do pós-guerra (NETTO; BRAZ, 2012). Tais instituições econômicas atendem aos interesses do grande capital que explora diretamente as colônias até que estas entrem em regime de escassez e naturalmente em guerras civis e lutas por independência produzidas pelo capitalismo. Depois da dependência colonial e militarizada, o capitalismo central entrega as nações destruídas às elites burguesas (em sua maioria) ou a governos revolucionários embargados e esgotados por sanções econômicas e políticas. Em ambos os casos, só as grandes agências e os bancos, através de empréstimos aviltantes e acordos de comércio de *commodities* que sejam de interesse dessa burguesia, são capazes de possibilitar

minimamente a dignidade humana e o sonho de reerguer uma ex-colônia que agora se torna um país (em sua maioria) de economia periférica colonizado por vias da dialética da dependência (MARINI, 2017). O final do período do mercantilismo e a consolidação do capitalismo *coincideram* com a perseguição às mulheres, donas de conhecimentos ancestrais sobre saúde e controle da própria fertilidade. Tais características não eram interessantes para o papel feminino desejado, de reprodutora, servil e submissa. A forma cruel encontrada pela elite do capital para controle do potencial feminino foi a acusação de bruxaria apoiada pela instituição igreja, interessada em receber dinheiro em troca do aval de perseguição, torturas e mortes em fogueira de mulheres que não seguiam as regras ditadas e que supostamente participavam de rituais satânicos, ou mesmo apenas por serem mulheres (FEDERECI, 2017).

A descoberta do novo mundo pelos navegadores europeus e a intolerância às culturas originárias levaram à construção da “bruxa ameríndia” que correspondia à europeia, personalizada na figura do sul-americano colonizado e dos africanos escravizados que tiveram a função servil, antes de exclusividade feminina. Para atender as exigências da Europa, era necessário garantir a mão de obra, logo, a implantação da caça às bruxas não sofreu objeções das autoridades europeias e ainda justificou a necessidade de colonizar e escravizar africanos. A própria descrição realizada pelos religiosos missionários e navegadores exploradores espanhóis sobre os povos originários reforçou a suposta inexistência de organização social no novo mundo. As mulheres eram consideradas mentalmente fracas e a personificação do diabo era representada na figura do homem negro viril, dotado de órgãos sexuais *duplos*, motivo de seus hábitos sexuais mais selvagens, a adoração à dança e à música. Desta forma, se unificou a ideia da bestialidade, da animalidade e da aculturação a imagem da mulher e do negro bem como a desigualdade salarial e a naturalização da exploração de trabalho (FEDERECI, 2017). Assim, o capitalismo iniciou a se valer do patriarcado, do colonialismo e do racismo para estruturar a opressão e a exploração do homem sobre o homem, sustentado em sua maior perversidade pelo genocídio cotidiano dos países pobres e seus quase cidadãos (SANTOS, 2011).

Tal realidade atravessou a exploração de colônias pertencentes ao sul global, Américas e África. Depois de séculos de opressão, exploração e toda ordem de violência, o capitalismo segue gerando suas próprias crises para se reorganizar e com isso, acontecem lutas por independências das colônias americanas e africanas subjugadas pelo imperialismo. Neste processo, encontra-se uma frequente causa que leva pessoas à migração, a expatriar-se e a deixar para trás suas raízes.

A Revolução Africana, por exemplo, marcou a luta pela independência política e econômica de vários países africanos colonizados, mesmo que estes até os dias atuais enfrentam dificuldades com o imperialismo moderno que os tutela. Caso semelhante a Cuba ou Venezuela, atualmente o inimigo não tem apenas um representante oficial a ser enfrentado, como na luta pela independência, porque hoje se espalhou por todos os países centrais que conjuntamente loteiam "ex-colônias e as obrigam a acordos espúrios (MANOEL; LANDI, 2019).

Jones Manoel e Gabriel Landi, buscando combater o epistemicídio cotidiano que impede o acesso a pensadores negros revolucionários, reeditam o pensamento de Frantz Fanon, que dizia "que a modernidade imprimiu na cor da pele e nas características físicas das pessoas o marcador das desigualdades sociais estruturantes". Segundo o psiquiatra, e líder revolucionário do povo argelino, a palavra racismo recebeu a conotação negativa após a perseguição às raças não arianas durante e após a Segunda Guerra Mundial (FANON, 2019).

A sociedade burguesa aprisionou homens e mulheres da classe trabalhadora da mesma maneira, através da exploração da força de trabalho e da manipulação da mente para o consumo (CABRAL, 2019).

"O imperialismo é a pirataria transplantada das marés para a terra firme e a espoliação dos recursos materiais e humanos." (CABRAL, 2019, p.140).

A "liberdade" de alguns países, do caribe, da América do Sul e africanos, somente foi conquistada a partir do entendimento de tudo que foi perdido/saqueado com o colonialismo europeu e através da crise que construiu a crença de que só existiria liberdade com o desenvolvimento dos seus próprios processos produtivos sociais e econômicos (FANON, 1968). O imperialismo apresenta duas principais formas de domínio, a direta com uso do poder político de pessoas fora do contexto local, chamado colonialismo e o indireto chamado de neocolonialismo quando permite o desenvolvimento de uma burguesia local com o acúmulo de bens que lhe conferem certo poder, mas que ampliam as desigualdades entre os conterrâneos. (CABRAL, 2019).

O colonialismo se encarrega de oprimir a população nativa de forma total extinguindo o povo originário, parcialmente com a fixação de novos personagens ou aparente, restringindo esta população a determinados locais, trazendo outras populações que melhor lhe servem para seu propósito, obrigando os sobreviventes a se adequar às novas realidades sociais, culturais e comerciais. Na África os casos de restrição identificados são os parciais e os aparentes que

causam certa inércia do povo, através da perda de pequenos prestígios, migração de camponeses para a grandes centros urbanos e a falta de trabalho (CABRAL, 2019; SANTOS, 2011).

O modelo capitalista precisa do acúmulo e centralização de dinheiro construída através da produção de mais valia e lucro, da exploração da força de trabalho e do uso das tecnologias; essa combinação resulta em monopólios, excesso de mão de obra qualificada, e afasta a possibilidade da livre concorrência econômica. Todo esse processo produz desemprego e conseqüente empobrecimento sobre duas perspectivas: a absoluta, diminuindo o alcance do consumo de alimentos saudáveis, acesso à saúde e moradia; e a relativa, quando o trabalhador melhora a possibilidade de novas aquisições, mas não recebe o ganho total do que foi produzido e que teria direito (NETTO; BRAZ, 2012).

Quando a imigração vem como uma ou talvez a única alternativa de resistência para o processo discriminatório produzido pelo capitalismo, mesmo sem ter certeza do que lhe espera o imigrante é o investimento de famílias inteiras que persistem ao longo dos tempos na tentativa de ofertar aos seus algo melhor. As pessoas buscam reconhecimento pela inclusão do que se chama ser social, é através do trabalho que esse processo acontece, na conseqüente formação de uma sociedade e na sua valorização. Além do pertencimento biológico, as pessoas buscam o pertencimento social, a humanização, ou seja, a capacidade de escolher e dar vazão para seus instintos naturais, o que diferencia o homem dos outros animais. Todo ser humano consegue construir sua singularidade que é a própria subjetividade quando tem as mesmas oportunidades de desenvolvimento social. Não é na diferença que se forma a personalidade, mas sim na originalidade de cada um. O que constitui a riqueza social chama-se valor e está diretamente associado ao tempo de trabalho demandado, por este motivo oferecer e ter trabalho é muito significativo para uma sociedade, porque reflete a capacidade de desenvolvimento humano daquela população. No sistema econômico que domina o mundo o valor é associado à quantidade produzida em menor tempo, ao preço e ao lucro, diferente do valor social e riqueza social de uma sociedade (NETTO; BRAZ, 2012). Quando um país tem suas riquezas saqueadas, sua mão de obra super explorada, e vive em crise sócio sanitária, naturalmente irá rumar ao ciclo da violência, desemprego e adoecimento, nestas, circunstâncias, quando não há mais nada a perder para além da desesperança, aquelas famílias que ainda podem investir o pouco que tem, ou a coragem que lhes resta e veem no movimento migratório uma oportunidade ou uma estratégia de sobrevivência.

Sem dúvida há uma complexa rede de causas e conseqüências que compõem o cenário da migração:

[...] com suas causas políticas, nos desastres naturais, na fome, na guerra, entre outros. Seja pela remoção, expulsão ou pela fuga, inclusive voluntárias, todas caracterizam um rompimento, uma violência. Violência porque ela corta o vínculo de um indivíduo com seu território de vida, com seu espaço social e seu lugar, que lhe permitem uma identidade cultural, a noção de pertencimento, de acolhimento e a inserção social (RAGNINI; SERATHIUK; GUERRA, 2020 , p.125).

Independente das causas e do tamanho das consequências para migrantes e refugiados, não nos parece possível pensar na mobilidade humana desconsiderando os impactos da ordem social vigente e do modo de produção capitalista.

3.2. Mobilidade Humana

A opressão, exploração, violência, falta de perspectiva, dignidade humana e oportunidade de trabalho ampliado em larga escala pelo capitalismo empurra milhares de pessoas, homens e mulheres, por séculos, para longe de suas casas/nações. De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) agência internacional da ONU que presta atendimento a refugiados, o número de solicitantes de refúgio, deslocados internos, apátridas e retornados, em 2018, totalizava 25 milhões de pessoas em todo o mundo. Entre os principais motivos para não retornar para seu país de origem estavam: perseguições, retirada de direitos humanos e disputas armadas (ACNUR, 2018). Esta mobilidade humana segue um ritmo acelerado após acontecimentos ou crises, quase sempre acompanhado por desigualdade e vulnerabilidade social. No Brasil, as políticas públicas de proteção social existentes aparecem fragilizadas e não conseguem acompanhar a perspectiva dos determinantes sociais da saúde de migrantes e refugiados (VENTURA, 2015).

Oficialmente existe desde de 1951 a legislação para Refugiados no Brasil, porém, apenas em 1997 a Lei 9474 definiu os mecanismos para sua implementação. Com esta lei, passa a ser reconhecido como refugiado quem:

I- devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país;

II - não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve sua residência habitual, não possa ou não queira regressar a ele, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior;

III - devido a grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país (BRASIL, 1997).

O Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) divulgou que residiam no Brasil, em 2017, cerca de cinco mil refugiados e as cinco nacionalidades em maior número no país eram: sírios, congolezes, colombianos, angolanos e palestinos; distribuídos nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná. Analisando os pedidos de refúgio houve um importante acréscimo do número de solicitações pelos venezuelanos no ano de 2017, que representam a maioria dos pedidos, seguidos pelos haitianos, senegaleses, sírios e angolanos (CONARE, 2018). Segundo o mesmo comitê, em 2021 o número total de pedidos de reconhecimento de refugiados chegou a 29.107, mas apenas 3.086 pedidos foram aceitos, os venezuelanos desde de 2016 fizeram o maior número de solicitações, seguidos pelos haitianos, cubanos e senegaleses, o CONARE reconheceu em 2019 e 2020 mais de 47.000 pedidos de refúgio, cerca de 84% eram de venezuelanos (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2022).

No Brasil desde a Constituição de 1988 a proteção social tem acesso universal e pode ser solicitada pelos migrantes residentes no Brasil. O Cadastro Único para Programa Sociais (CadÚnico) é um registro criado em 2001, nasceu para evitar acúmulos de recebimento de benefícios sociais para famílias de baixa renda e a partir de 2011 incluiu a adesão a mais de 18 programas sociais do governo federal. Logo o governo o utiliza como uma espécie de métrica para avaliar a situação de pobreza das pessoas cadastradas já que possui critérios específicos como limite declarado de renda mensal per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo ou familiar até 3 salários mínimos, para classificar como situação de pobreza a renda per capita era de R\$140,00, em 2014, aumentando conforme o salário mínimo chegando de junho de 2018 em diante a R\$178,00. A partir destes pré requisitos e da posse de documentos de identidade ou certidão de nascimento ou casamento emitidas no Brasil os migrantes que residem aqui puderam ser incluídos no cadastro único e receber os benefícios de proteção social. A adesão é voluntária, são solicitadas informações referentes às condições de moradia, renda, familiar e situação de saúde, por este motivo o CadÚnico foi utilizado pelo Observatório de Migrações (OBMigra) como parâmetro de avaliação da situação de pobreza e de Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos (incluídos aqui pessoas com deficiências e analfabetos) no período de 2012 a 2021 (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2022).

Os dados apontam aumento significativo de pobreza entre os migrantes cadastrados no período analisado por nacionalidade, o maior percentual em 2021 foi dos venezuelanos chegando a 79%. O número total de migrantes inscritos no CadÚnico em 2021 chegou a

273.776 e em situação de pobreza foram 173.839, destes a maioria (91.206) eram venezuelanos seguidos pelos (25.016) haitianos. Observando estas informações, houve um salto de quase 7x no número de venezuelanos em situação de pobreza entre 2018 e 2019, já entre os haitianos no mesmo ano o acréscimo não foi tão expressivo e se manteve em menos da metade, estes números corroboram com o período mais crítico da crise venezuelana e de maior entrada desta população no Brasil (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2022).

O Brasil possui uma enorme região de fronteira, são quase 17 mil km de extensão, com mais de 10 países da América do Sul em 11 estados e 121 municípios brasileiros, toda essa extensão facilita o trânsito migratório e de populações flutuantes em cidades pequenas de pouca infraestrutura e recursos. A figura 1 representa a extensão territorial do Brasil onde a linha azul destaca a extensa área de limite do território brasileiro do Amapá até o Rio Grande do Sul (ALMEIDA; ZANLORENSSI, 2018).

A grande mobilidade humana nestas regiões dificulta a gestão da saúde que é descentralizada desde a Constituição de 1988 (BRASIL, 1990). Essa complexa situação da saúde nestas regiões foi alvo da agenda do planejamento político econômico intersetorial projetando estreitamento de relações estratégicas do governo brasileiro com países da América Latina que passam por dificuldades semelhantes às nossas (GADELHA; COSTA, 2007). A diversidade de origens dos migrantes dificulta a elaboração pelo governo Federal de políticas públicas direcionadas a esta população que acaba deixando a responsabilidade total dos atendimentos na gestão local de municípios pequenos da fronteira e de metrópoles como São Paulo (GIOVANELLA et al., 2007). Os gestores estaduais e municipais no intuito de diminuir gastos com o SUS implantaram medidas mais seletivas de acesso, esse tipo de ação fere a diretriz da universalidade, do direito à saúde presentes na Constituição Federal Brasileira e na Lei da Migração. No entanto, é necessário desenvolver medidas de apoio entre os países do MERCOSUL para combater problemas sanitários em comum. A cooperação Sul-Sul prometeu debater sobre o panorama da situação de saúde na América Latina e Caribe considerando esses países aliados no fortalecimento dos ideais de Promoção da Saúde para esta população (BUSS, 2018; MANSUR; TEODÓSIO, 2016).

Figura 1- Imagem do mapa da fronteira do Brasil.



Fonte: Elaborado por (ALMEIDA; ZANLORENSSI, 2018) a partir das informações do IBGE.

Apesar do Brasil não ser o principal destino de migrantes e refugiados, a presença de migrantes em busca de trabalho e ou melhores condições de vida demandam processos de inclusão social e política. A Lei 6815/1980 regulamentou a imigração no Brasil até 2017, essa norma precisou ser reescrita e modelada para as condições da imigração atual porque a lei possuía linhas autoritárias provenientes do militarismo e a imigração era tratada como questão de segurança ou mão de obra qualificada. Após muita luta da sociedade civil, quer seja dos movimentos de migrantes nas capitais e nas regiões de fronteira, houve a intensificação para a elaboração da nova legislação nacional e a criação de leis municipais como as do município de São Paulo e recentemente em Caxias do Sul. A nova lei do Migrante 13445/2017, avançou no que se refere aos direitos de cidadania da comunidade migrante no Brasil que eram cerceados de direitos políticos, de manifestações de qualquer ordem mas, ainda permanece a preocupação sobre os vetos do projeto original vindos de vertentes organizacionais e políticas que ainda excluem indígenas e migrantes com situações irregulares, evidenciando resíduos de ideias preconceituosas, racistas, xenofóbicas (OLIVEIRA, 2017).

Essa nova Lei do Migrante está estruturada de maneira a identificar logo no Capítulo I o público alvo, inclui os residentes fronteiriços (morador de região de fronteira) e apátridas

(sem nacionalidade) e principalmente ressalta a garantia de direitos e deveres. Destaca-se na leitura da lei os princípios e diretrizes pelo acolhimento humanitário, recusa a atitudes xenofóbicas e racistas, inclusão em Políticas Públicas (Jurídicas, Sociais e de Saúde), tratamento igualitário para imigrante e familiar e inserção na sociedade. O capítulo II trata a situação da concessão de vistos (BRASIL, 2017).

Na diáspora, os migrantes que chegam ao país fazem escolhas por determinadas cidades em busca de trabalho, redes de apoio eficientes e melhor aceitação da população local. À medida que se inserem nas comunidades passam a pertencer àquele local e produzem uma mistura de características próprias com as do território gerando demandas específicas que podem desafiar a gestão pública local. No Paraná uma pesquisa procurou investigar como se dava o acesso às Políticas Públicas e de Seguridade Social para os migrantes, os autores identificaram dificuldades nos atendimentos provocados pela diferença de idioma, gerando atendimentos focados na resolução pontual de problemas de saúde e alimentação, fugindo do viés da promoção da saúde e da universalidade propostos pelo SUS e SUAS. Por outro lado, existiram iniciativas valiosas quase que solitárias de alguns profissionais e instituições que foram buscar a contribuição da sociedade civil, organizações religiosas e voluntários na intenção de minimizar as diferenças e a invisibilidade social dos migrantes (LANZA et al., 2018).

A Universidade Federal do Paraná (UFPR), por exemplo, publicou uma revista virtual com artigos científicos contando sobre o trabalho feito com migrantes e refugiados, em parceria com a ACNUR e a Cátedra Sérgio Vieira de Melo. Nesta edição constam relatos de trabalhos do ensino de português, atendimentos sociais e psicológicos gratuitos ofertados em conjunto para enfrentamento das barreiras da imigração. O “Movimento Migratório e Psicologia” (MOVE) é um projeto da UFPR, em Curitiba, que desde 2014 oferece oportunidade para os migrantes e refugiados falarem sobre suas diásporas e seus sofrimentos aos alunos formandos de psicologia e a partir de 2016 também passaram a receber atendimento clínico individualizado com um profissional já formado. O objetivo dos atendimentos é incluir os migrantes e refugiados na vida cotidiana do novo lar, na convivência com o outro, mas também na construção simbólica de laços de acolhimento. Nos atendimentos ficou evidente que eles precisam de algo mais do que o discurso materialista oferecido pelas instituições de assistência emergencial. Como disse Ragnini (2020) sobre a clínica praticada:

[...]“está atenta ao sujeito, mas também pretende o confronto com as situações de vulnerabilidade extrema, efeitos de uma política excludente no campo social, que, muitas vezes, faz sucumbir a possibilidade da existência”.(RAGNINI; SERATHIUK; GUERRA, 2020, p. 127).

Contudo, a clínica atenta aos sujeitos se quer é uma realidade para os trabalhadores brasileiros. A população vivencia diariamente dificuldades de acesso à saúde e exclusão, e cuidados centrados na doença. Tal situação fica evidente nas práticas diárias de trabalho em saúde e nas produções científicas e se agrava em relação à saúde dos migrantes, uma vez que ainda impõe barreiras aparentes como a linguagem e cultura, mas esconde questões mais complexas como o descaso político e humanitário (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018). A relação de cuidado com os migrantes e refugiados não é diferente da dos brasileiros e por vezes até pior, faltam políticas públicas, ações contra xenofobia e racismo, serviços adequados, preparo profissional e a percepção da imigração na perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde. A permanência da maioria dos migrantes nas cidades depende das redes de cuidado que normalmente são frágeis para pessoas com menor nível de educação, os migrantes são atingidos pela falta de condições adequadas de trabalho, moradia e saúde, o que dificulta a sobrevivência digna e a boa qualidade de vida em um país (GRANADA et al., 2017; MARTES; FALEIROS, 2013).

A escolha de migrantes por grandes metrópoles como Rio de Janeiro e São Paulo está associada à possibilidade de melhor adaptação nos locais pela extensão urbana e maiores alternativas de trabalho, o Censo Demográfico de 2010 realizado nestas duas capitais mostrou que o maior fluxo de migrantes vem da região do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). Na região metropolitana de São Paulo a nacionalidade mais prevalente e a que mais se encontrava em situação de vulnerabilidade e privação de direitos era a boliviana, enquanto no Rio de Janeiro foram os argentinos que estavam em maior número, porém os migrantes de países africanos estavam em pior situação de trabalho e renda. Entre as duas capitais, São Paulo possuía a maior quantidade e diversidade de pessoas vindas de outros países, em relação a ocupação e renda dos migrantes de países da Europa, Estados Unidos e Japão foram as melhores, enquanto os latinos e africanos tiveram as piores (MATOS; LOBO, 2012).

Porto Alegre possuía cerca de 30 mil migrantes, de acordo com as informações divulgadas pelo Centro de Referência de Imigrantes, inaugurado no ano de 2021 sob gestão de uma Organização da Sociedade Civil (OSC) e da diretoria de Direitos Humanos da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, estimava-se que a metade dos migrantes possuía origem senegalesa, haitiana, venezuelana e de países caribenhos (PORTELLA, 2021).

O Estado do Rio Grande do Sul através da Secretaria de Planejamento e Governança e Gestão realizou em 2021, um estudo comparativo entre três diferentes bases de dados oficiais

disponíveis publicamente sobre migrantes. Foram consultados os sistemas do Registro Nacional Migratório (Sismigra) alimentado pela Polícia Federal, os migrantes que estão empregados com carteira de trabalho estão na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e por último o Cadastro Único (2021) registro em que as pessoas que estão com baixa renda podem receber algum auxílio financeiro. As bases de dados utilizados não contemplam todos os migrantes que chegaram aqui no Rio Grande do Sul, mas reunidos podem contemplar quase todos os migrantes. A Nota Técnica 40, do Estado do Rio Grande do Sul (2021) apresenta informações que corroboram com as cidades de atuação dos voluntários entrevistados na presente pesquisa, a exemplo Canoas está no segundo lugar entre as cidades com maior número de registros no Sismigra, maior quantidade de migrantes depois de Porto Alegre, sétimo município do RAIS com menos trabalhadores de carteira assinada e o segundo no número de registros no CadÚnico, ou seja, apresenta maior número de migrantes desempregados em situação de pobreza e vulnerabilidade (RIO GRANDE DO SUL, 2021). Neste contexto de acesso aos Determinantes Sociais de Saúde e ao Direito Integral à saúde não parecem estar garantidos para os migrantes principalmente os de língua não hispânica na rede pública de saúde. Os migrantes pesquisados na cidade de Foz de Iguaçu relataram situações como demora para atendimento e menor tempo em consulta médica, evidenciando a necessidade de maior atenção, respeito pelas diferenças culturais, mas principalmente evidenciaram a fragilidade na garantia integral dos atendimentos ampliados por fatores que marcam a dificuldade de comunicação e a presença do racismo estrutural (SILVA; LALANE, 2019).

O censo de 2010 identificou a relação da permanência dos migrantes em territórios com as redes de apoio motivadas por raça, cultura ou religião, essa pesquisa evidenciou ainda a falta de registros e principalmente a situação vulnerável de mulheres, idosos e crianças. Aqueles que já não tinham muitas possibilidades de inserção no mercado de trabalho, acesso à saúde, serviço social e educação muito provavelmente continuarão vítimas de uma complexa situação de repetição histórica que ainda não foi corrigida no acesso aos direitos e as políticas públicas de equidade (MATOS; LOBO, 2012). O percurso dos migrantes sem uma rede de apoio e direcionamento seria muito mais difícil independente do caráter religioso, o que prevalece é a inserção social e o acesso aos serviços oferecidos na falta da ação do poder público (JAROCHINSKI SILVA; MACADO BOGUS; GIMENEZ JAROCHINSKI SILVA, 2017).

Guerra e Ventura (2017) buscaram publicações sobre situações de acesso ou não de migrantes a serviços de saúde, no estudo identificaram divergências nas percepções de acesso e atendimentos de saúde por parte dos migrantes. O autor concluiu que as tentativas exitosas

precisavam ser incluídas, multiplicadas e asseguradas como estratégias de trabalho independente da gestão municipal (GUERRA; VENTURA, 2017; LEITE et al., 2010). No contexto de identificar dificuldades de acolhimento, mas também produzir alternativas para resolvê-las, São Paulo foi considerada uma cidade mais organizada pelo exemplo na contratação de agentes comunitários de saúde (ACS) bolivianos. Esta foi uma atitude inovadora que promoveu a equidade, aproximou a equipe de saúde dos migrantes e facilitou o diálogo sobre Promoção da Saúde nos locais de moradia e trabalho dos bolivianos (AGUIAR; MOTA, 2014).

Martes (2013) ao entrevistar 40 bolivianos em São Paulo, não identificou dificuldade de acesso em relação aos atendimentos dos serviços de saúde brasileiros, os relatos foram de que o idioma não foi um impeditivo ao acesso e que a participação de ACS brasileiros e donos das oficinas de roupas em que trabalham os migrantes colaboraram neste processo. Para compreender a relação dos bolivianos com a saúde é necessário reconhecer que na Bolívia apenas recentemente o sistema de saúde passou a ser universal, o atendimento era específico para ações curativas, nunca preventivas ou de promoção da saúde. Outra situação identificada foi o recorrente uso de produtos medicinais no combate a doenças como parte da cultura boliviana e talvez também pela falta de recursos financeiros para aquisição de medicamentos. Por este motivo, a distribuição gratuita de remédios principalmente de analgésicos pelo Brasil foi muito valorizada pelos entrevistados, o que pode estar relacionado com situações exaustivas de trabalho ou mesmo de Tuberculose bastante incidente na população boliviana (MARTES; FALEIROS, 2013).

O processo de apropriação e pertencimento que atravessam os migrantes passa de alguma forma por privações ou exposições e podem provocar alterações na saúde física e mental dessas pessoas. Com isso, as instituições de saúde acabam recebendo os migrantes de forma despreparada e promovem em diversas ocasiões a iniquidade no lugar da saúde. Isso foi o que outra pesquisa realizada com mulheres bolivianas, em São Paulo, apresentou: descontentamento delas durante os atendimentos de saúde pela demora em serem chamadas, dificuldade de compreensão e desinteresse na assistência por serem migrantes. Além disso, perceberam que eram categorizadas como indígenas nos cadastros, o que resultava em perspectivas interculturais diferentes na saúde das mulheres migrantes (WALDMAN, 2011). A humildade cultural, conceito que deveria ser incluído nas atividades formativas de futuros e dos atuais profissionais do SUS, reflete a atuação da dinâmica do comportamento no cuidado em saúde, considerando com respeito a diversidade e a singularidade das pessoas. Trazer esse

conceito para o foco da saúde de migrantes ou refugiados é essencial para mudar os atendimentos ainda baseados no determinismo médico e prescritivo (SANTANA, 2018).

A representação da imigração boliviana e de pesquisas sobre o tema em São Paulo trouxeram a face de gênero feminino e também o recorte da discriminação, são as mulheres que exercem atividades consideradas menos importantes pela sociedade boliviana, como a venda e a produção de roupas (JUNIOR et al., 2011). As mulheres buscam se organizar de acordo com o seu próprio ciclo de vida apoiadas na sororidade. Mais da metade das mulheres pesquisadas eram responsáveis financeiramente por toda família, talvez essa fosse a principal razão pela busca de serviços de saúde para elas e para seus filhos (PERES, 2013). Sem fazer a leitura da singularidade cultural dos migrantes se torna mais difícil a compreensão dos determinantes de saúde, de adoecimento e dos atendimentos em saúde, porque existe uma tendência em reduzir ou desprezar a interculturalidade de um povo para continuar seguindo a mesma lógica técnica de cuidado já existente (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a maior dedicação deve ser para com migrantes desfavorecidos financeiramente e sem documentos. A secretaria disponibilizou dados sobre gestantes migrantes atendidas pelo SUS em 2015, mais da metade eram bolivianas, entre as gestantes adolescentes a maioria era paraguaia e boliviana; e as nigerianas foram as que menos realizaram consultas de Pré-natal (AGUIAR; NEVES; LIRA, 2015), o que também ocorre com mulheres negras brasileiras igualmente vítimas de exclusão (LEAL et al., 2017).

Os migrantes negros que vivem em países onde habitualmente não sofrem a discriminação pela cor da pele e características físicas, quando chegam a um país colonizado e racializado como o Brasil, sofrem racismo. O racismo institucional é fator agravante na saúde de mulheres e homens negros no Brasil, embora exista a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra desde 2001, que explica sobre as particularidades da saúde do povo negro, pouco ainda se prepara os profissionais e a gestão pública em saúde para quebrar essa reprodução da iniquidade herdada desde a escravização (WERNECK, 2016).

A identidade do brasileiro é constituída por origens indígenas, africanas e europeias, todas carregadas de contextos históricos que aos olhos internacionais podem trazer a imagem de um país diverso, acolhedor e democrático. Essa imagem é útil para quem detém o capital, e a quem historicamente produz desigualdade e desumanidade. Além disso, é reforçada pela participação dos países em acordos internacionais que viabilizam a concessão de vistos como os de caráter humanitário concedido aos haitianos que foram vítimas do terremoto em 2010 e o

reassentamento de venezuelanos refugiados no ano de 2018, contudo, muitas vezes não se sustenta em ações que deem condições dignas de vida a estas mesmas pessoas.

No ano que foi desenvolvida esta pesquisa sabia-se que os europeus e americanos chegavam com melhores condições sociais e boa ocupação profissional, com visto legalizado o que facilita o acesso aos serviços e a melhor adaptação, porém o oposto acontece com os latinos americanos e os africanos que já apresentavam condições desfavoráveis e de maior exposição a processos penosos e de vulnerabilidade (BRITTO; CORÁ; SOUZA, 2017). Essa tendência apareceu nas estatísticas apresentadas no Relatório do Observatório das Migrações (OBMigra) em 2018, ano que foi desenvolvida a pesquisa, os dados existentes mostraram o perfil dos migrantes que receberam concessão de visto para trabalho, via Coordenação Geral de Imigração (CGNIg) e que pertencia na época ao extinto Ministério do Trabalho. Rio de Janeiro e São Paulo foram os estados que mais receberam juntos cerca quase 85% das solicitações de trabalho, os estados do sul apenas 4%, mas o Rio Grande do Sul ocupou a terceira posição geral no país (CAVALCANTI et al., 2018). Em 2021 as informações do perfil dos migrantes que chegaram no Brasil no período de 2019 a 2021 mostra que o número de analfabetos aumentou em relação aos outros anos e que muitos migrantes aderiram aos programas de benefícios sociais oferecidos pelo governo brasileiro. A nacionalidade dos migrantes contratados com emprego formal se alterou conforme a chegada dos venezuelanos no país, de 2019 a 2021 houve uma inversão nas contratações que antes eram maiores entre os haitianos, agora eles passaram para a segunda colocação atrás dos venezuelanos. Outra informação interessante é que o número de migrantes qualificados com autorização para trabalho caiu nos últimos dez anos e que as regiões sudeste e sul continuam sendo os maiores destinos. Entre os qualificados aparece um aumento na entrada de pessoas com pós-graduação e doutorado, mas diminuição entre os apenas graduados (OBMigra, 2022).

O Conselho Nacional de Imigração (CNIg) viabilizou importantes avanços na inclusão de vistos negados pelo CONARE e CGNIg, esse conselho foi um espaço de atuação e discussão entre governo, sociedade civil, empregadores e sindicatos e concedeu visto humanitário a 45.503 haitianos no período de 2011 a 2017, permissão para residência a venezuelanos e visto para união estável sem distinção de sexo. Segundo o CNIg, em 2017 foram concedidas 4.801 autorizações de trabalho, os quatro países que mais solicitaram foram Senegal, Haiti, Gana e Togo sendo que o perfil dos migrantes foi de homens, com idade entre 20 e 34 anos sem indicação de escolaridade e profissão. Neste caso, os pedidos de autorização estavam concentrados em Brasília, São Paulo e Rio Grande do Sul.

Houve um acréscimo nos últimos três anos no número de autorizações no Rio Grande do Sul, chama atenção que em 2016 não foram concedidas nenhuma, já em 2017 foram 829, segundo o Ministério do Trabalho, Porto Alegre no ano de 2017 foi a cidade do país com maior número de contratações de migrantes haitianos com Carteira de Trabalho assinada, a primeira com maior movimentação considerando contratações e demissões nas carteiras de senegaleses, terceira para haitianos e a sexta para argentinos (CAVALCANTI et al., 2018). Atualmente as informações registradas de migrantes empregados formalmente e que constam no Relatório OBMigra (2022), mostram um aumento expressivo da contratação de venezuelanos entre os anos de 2019 e 2020, passaram de 913 para 33.508 contratações e em 2021 seguiu aumentando até chegar em 53.670 último número registrado. O segundo grupo populacional migrante que mais foi contratado continuou sendo os haitianos porém, o maior salto nas contratações se deu no período de maior fluxo de entrada desta população a partir de 2011 quando passaram de 670 para 71.004 em 2020 e no último registro 2021 foram 52.173 (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2022).

Os haitianos historicamente estabelecem laços em diferentes locais, a grande mobilidade haitiana se deu principalmente após o terremoto que assolou a capital do país, Porto Príncipe em 2010, porém a escolha do destino Brasil parece ter passado por dois pontos: a participação do Brasil na missão de paz no Haiti em 2004 (apoiada pela ONU) e as notícias sobre o desenvolvimento econômico e vagas de empregos (VASCONCELOS, ANA MARIA NOGALES; BOTEGA, 2015). A vida do imigrante aqui e por consequência sua saúde são diametralmente atravessadas e determinadas pela globalização, pela forma econômica, geográfica, histórica e cultural tanto do país de origem quanto do momento político, econômico, histórico do país que "acolhe", no caso, o Brasil.

A diáspora haitiana nos estados do Acre e Amazonas não foi vista com bons olhos pelos governantes locais que não tiveram condições de acolher a todos, isso fez com que a chegada de muitos haitianos no ano de 2011 em pequenas cidades da fronteira para solicitação de refúgio (a que todas as pessoas de outros países têm direito de solicitar de acordo com as regras do estatuto do refugiado Lei 9474/1997) precisasse acionar uma rede de apoio institucional da igreja católica a fim de fornecer alimentos e moradias provisórias. Estas instituições de Manaus anunciaram ao governo federal o aumento do fluxo de haitianos e a impossibilidade de manter esse auxílio e ao mesmo tempo gestores municipais e estaduais enviaram relatórios demonstrando grande preocupação com a entrada de haitianos referindo-se como um problema

e solicitaram medidas de controle pelo Estado na época (VÉRAN; NOAL; FAINSTAT, 2014; VIEIRA, 2017).

No Acre os relatórios da situação da imigração haitiana tomaram proporções políticas envolvendo deputados e senadores, as tratativas entre os estados e o governo federal mostram características de racismo e discriminação porque tentaram restringir o acesso ao Brasil alegando que poderiam ser criminosos em fuga do Haiti e ora transmissores de cólera. O Brasil ainda propôs acordos internacionais com Equador e Chile, na tentativa de filtrar a entrada de haitianos, exclusivamente, mascarando a exclusão sobre a justificativa de risco de tráfico internacional de pessoas (exploração de trabalho e de prostituição) e tráfico de migrantes (atravessadores que prometem trabalho e recebem dinheiro para travessia ilegal) estes fatos foram levados a conhecimento da população através da mídia (VIEIRA, 2017).

O Ministério do Desenvolvimento Social elaborou um guia para orientar gestores sobre questões de responsabilidade do processo de acolhimento como aceitar e integrar migrantes não ser tarefas exclusivas da Assistência Social, tamanha complexidade e transversalidade, mas o ministério promove a participação conjunta de áreas como direito internacional e saúde. O texto explica que falhas nesse processo podem gerar ainda mais vulnerabilidades e sugere o empenho dos serviços no fortalecimento do vínculo entre comunidades e migrantes. Além disso, aconselha a produção de materiais nos idiomas dos migrantes que procuram os serviços, a contratação de intérpretes para os atendimentos ou ofertar cursos de língua portuguesa para os migrantes. Quanto à possibilidade de solicitar auxílios, os migrantes só podem solicitar os benefícios assistenciais financeiros do Bolsa Família (BRASIL, 2016). Em quase todos os documentos consultados foi possível identificar características comuns e evidentes: discriminação, vulnerabilidades, restrição de mobilidade e privação de direito humanos. Não foram encontradas pesquisas acadêmicas sobre o tema da saúde de migrantes e refugiados em Porto Alegre em 2018, porém atualmente já existem algumas discussões sobre o tema, diferentemente de São Paulo, Curitiba e algumas outras capitais. Na capital gaúcha existem iniciativas mais isoladas de voluntários com migrantes e refugiados, porém poucas tentativas governamentais que não tiveram prosseguimento por diferentes interesses de gestão, persistem então, as ações voluntárias realizadas pelas organizações e voluntários da sociedade civil.

3.3. Agências internacionais, organizações e atores sociais envolvidos no “amparo” aos migrantes e refugiados

De fato, as pessoas estão envolvidas em toda sua existência por diversos tipos de organizações, do nascimento até a morte, neste trabalho, de certa forma, nos desperta o interesse sobre a discussão histórica e social que envolve os principais motivos que levam as pessoas ao processo migratório. Aparecem no foco os atores sociais envolvidos no acolhimento a estas pessoas, na existência de políticas públicas ou nas ações solidárias desenvolvidas por organizações sociais ligadas ou não à religião. Em um breve recorte histórico identificamos que o chamado “terceiro setor” teve início no Brasil com a criação das Santas Casas em 1543 que realizavam assistência à saúde para os mais vulneráveis. As pessoas atendidas eram excluídas pelo governo e a forma de manter esse tipo de instituição na época era através de isenção fiscal, oferecida aos mais ricos que doavam dinheiro, como forma de recompensar o cuidado que o governo não queria ter (SILVA, 2010). Essa prática parece recorrente, no início de 2018, um casal acionista de uma empresa calçadista realizou uma grande doação a Santa Casa de Porto Alegre para a construção de novas instalações e serviços de saúde do SUS (SANTA CASA, 2019) esse tipo de participação complementar de empresas filantrópicas está prevista na Lei Orgânica nº 8080/90 do SUS. (BRASIL, 1990).

Ao longo dos anos, a conformação da gestão, as regras legais e o financiamento do terceiro setor foram se alterando por um contexto histórico, o conhecido tripé surgiu no século XVI até o XIX quando permaneciam apenas relações de troca de recursos entre a igreja, o Estado e os indivíduos. No período inicial do século XX três grandes alterações ocorreram: a exigência de gerenciamento dos serviços pelo Estado (criação de lista de serviços), elaboração de legislação especial para entidades sem fins lucrativos e surgiram outros tipos de organizações. Logo nos anos 70 se revelaram as Organizações Não governamentais em oposição política ao militarismo e financiadas por outras importantes organizações globais. Já no final dos anos 80 os financiadores ajustaram o cinto e passaram a exigir mais recursos de gestão como planejamento, avaliação e transparência no uso dos recursos, com isso até o século XXI o terceiro setor ampliou e diversificou suas atividades moldadas pelas necessidades sociais. O Estado estabeleceu novas legislações como as do Voluntariado e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) forçando a gestão destas instituições a ficar mais qualificada com exigência de auditorias externas, programas de marketing para aumentar a arrecadação e incentivo ao voluntariado (SILVA, 2010).

As reivindicações da sociedade e das comunidades por direitos foram se somando ao tema da solidariedade, em especial a dos trabalhadores rurais, das cidades e dos cooperativados. Nesse mesmo sentido outros temas como a inclusão social, assistência à saúde e educação, luta

por direitos humanos, igualdade de gênero e raça passaram a ser interesse do terceiro setor (CAMPOS; ÁVILA, 2012; SANTOS; SEVERO, 2018; VIEIRA; PARENTE; BARBOSA, 2017).

Com o encolhimento da responsabilidade governamental em relação às Políticas Públicas, aumentam as ações privadas que tendem a ser mais seletivas descaracterizando o acesso universal aos direitos sociais assegurados pela constituição brasileira. O modelo capitalista atua em contradição, ao mesmo tempo que incentiva a competição e o individualismo promove algumas atividades solidárias que atendam as diferenças sociais por ele produzidas. Há quem argumente que as ações sociais e assistencialistas quando assumidas por voluntários, são transferidas aos valores morais dos indivíduos e retiram a responsabilidade do papel do Estado, ainda assim, o compartilhamento dessa tarefa não é realizado de forma equilibrada, existe uma tendência a deixar para o voluntariado a difícil tarefa, a qual não consegue dar conta, que é prover os direitos básicos para a subsistência humana (FAGUNDES, 2006).

No Brasil o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil é a Lei nº 13204 de 14 de dezembro de 2015 que fixa o regulamento jurídico dos acordos entre a administração pública e as organizações da sociedade civil para atuação conjunta em finalidades de interesse mútuo. A lei determina os tipos de entidades que são consideradas habilitadas para essa relação:

- a) entidade privada sem fins lucrativos e sem distribuição de excedentes;
- a) as sociedades cooperativas, as integradas por pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade pessoal ou social, as alcançadas por programas e ações de combate à pobreza e de geração de trabalho e renda; as voltadas para fomento, educação e capacitação de trabalhadores rurais ou capacitação de agentes de assistência técnica e extensão rural; e as capacitadas para execução de atividades ou de projetos de interesse público e de cunho social;
- b) as organizações religiosas que se dediquem a atividades ou a projetos de interesse público e de cunho social distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos; (BRASIL, 2015).

Nesta lei constam os requisitos necessários para realizar os termos colaborativos e de fomento tornando mais visível as relações de parceria pública e privada, prevenindo irregularidades nos repasses de verbas e uso do dinheiro. As OSCs conseguem atuar com maior liberdade em seus objetos de trabalho porque nem sempre recebem recursos de uma única fonte financiadora, recebem de empresas públicas e privadas, outras organizações, instituições financeiras e doações da sociedade (FELIX; LOPEZ, 2018).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) gerenciou o estudo das Organizações da Sociedade Civil no Brasil, com propósito de auxiliar na elaboração de Políticas Públicas. No período de 2000 a 2016, o IPEA realizou um levantamento do número de OSCs oficialmente registradas, todas precisam ser registradas para iniciarem suas atividades nos sistemas da Receita Federal (RF) e do Ministério do Trabalho (MTE) caso queiram admitir profissionais com Carteira de Trabalho. Pelos dados da RF, na época, foram encontradas mais de 820 mil OSCs, cerca de 300 mil a mais do que pelo MTE. Essa diferença pode ter sido motivada pela falta de cancelamento de operação ou pela baixa contratação de trabalhadores com carteira assinada. Em primeiro lugar estão as OSCs de desenvolvimento e defesa de direitos (339 mil na RF e 168 mil no MTE) e em segundo as OSCs religiosas (208 mil na RF e 136 mil no MTE). A pior colocação foi a de atividades de educação profissional (972 na RF e 536 no MTE) evidenciando uma possível falta de interesse pelas áreas educacionais (FELIX; LOPEZ, 2018).

De acordo com Sobottka (2002) não se pode pensar unicamente sobre os componentes do terceiro setor pela delimitação jurídica, é necessário avaliar também o caráter real de solidariedade que aparenta direcionar as ações das instituições públicas e privadas que se identificam com esta denominação. Esses grupos de instituições não representam necessariamente a luta pelos direitos de cidadania da população excluída, elas podem ter diferentes formações e interesses de participação solidária (SOBOTTKA, 2002).

Observa-se por um recorte histórico em que as atitudes solidárias e cidadãs foram gradualmente assumidas pelo terceiro setor impulsionado pelo desinteresse do Estado e da iniciativa privada obcecada pelo desenvolvimento econômico e maior lucro (SANTOS; SEVERO, 2018). Porém, cabe observar que nem todo terceiro setor está empenhado para desenvolver práticas sociais inovadoras. Algumas fundações, associações e entidades sindicais atuam apenas em benefício dos próprios integrantes e outras são mais frágeis por se dedicarem apenas à etapa reivindicatória e filantrópica e não ao processo de mudança social (VIEIRA; PARENTE; BARBOSA, 2017).

Dentro desse complexo tema das organizações da sociedade civil interessa-nos quais se ocupam com trabalhos de forma humanitária e social voltados para os migrantes e refugiados. Para isso, torna-se relevante conhecer elementos sobre as práticas de organizações que não visam lucro. A participação das organizações da sociedade civil, escolas de idiomas, organizações públicas, religiosas e outros arranjos legitimados aparecem como importantes meios de socialização para a migração no país (BRITTO; CORÁ; SOUZA, 2017).

A movimentação das OSCs dentro e fora dos países promove a troca de conhecimentos e a luta pelos direitos humanos. A descentralização de competências do governo federal transfere parte das responsabilidades práticas para as OSCs, mas promove arrecadação tributária e benefícios políticos para a instância local de governo. Mesmo assim, a incapacidade decisória institucional das OSCs pode prejudicar seu potencial fiscalizador do cumprimento de direitos e de políticas públicas direcionadas à população mais vulnerável. Neste sentido, a Cooperação Sul/Sul é considerada uma tentativa de países sulistas e periféricos em alavancar o desenvolvimento econômico, social e de saúde em relação ao cenário mundial, promovendo o protagonismo desses países frente ao imponente movimento verticalizado de poder nortista que desrespeita a cultura e as características próprias de países em desenvolvimento (MANSUR; TEODÓSIO, 2016).

Segundo Teodósio, a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) é um movimento de governança global que deseja consolidar temas de interesse internacional, econômicos, políticos e de Direitos Humanos. As agências internacionais participantes do acordo da CID, inclusive financeiras como o Banco Mundial, passaram a valorizar a atuação das OCSs dentro do processo de desenvolvimento, reconhecendo como sendo mais resolutivas nas situações em que organizações públicas e privadas não dão conta de resolver (MANSUR; TEODÓSIO, 2016).

Entre as organizações internacionais mais importantes está a Organização das Nações Unidas (ONU) ele se propõe viabilizar acordos internacionais mais justos em relação aos direitos humanos principalmente em defesa da paz e desenvolvimento mundial através de frentes de trabalho com agendas econômica, ambiental, de saúde, entre outras. A ONU propôs no final do ano de 2018 a assinatura do Pacto de Migração Internacional, tal documento propunha uma possibilidade de estabelecer entre seus países membros a organização dos movimentos migratórios mundiais prezando por maior solidariedade nas situações de vulnerabilidades e abusos. Embora o assunto tenha sido discutido ao longo de 18 meses, cinco países se posicionaram contra, são eles os Estados Unidos, Hungria, República Tcheca, Polônia e Israel. O Brasil assinou o pacto em dezembro de 2018 e retirou sua assinatura em janeiro do ano de 2019 (ACNUR, 2017; REUTERS, 2019).

A ONU possui agências específicas de atuação em determinadas situações que podem representar riscos à estabilidade dos direitos fundamentais. Essas organizações sempre mantiveram operação de caráter político, de planejamento e de execução, voltadas ao trabalho humanitário, voluntário e correto, logo destacamos o papel relevante em âmbito global de

algumas das principais afiliadas à ONU. A Organização Internacional para as Migrações (OIM) é a mais importante no tema das migrações e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) é a única da ONU que possui representação dos governos, empresas e trabalhadores. Outra expressiva afiliada é a Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPAS) que contribui para importantes temas da saúde mundial e também se dedica à populações específicas como os migrantes e refugiados e por fim o Alto Comissariado das Nações Unidas (ACNUR) é a divisão que atua protegendo deslocados e apátridas em seus deslocamentos, auxilia em longo prazo e na estabilização de refugiados em seus destinos através da parceria colaborativa com outras organizações e governos locais (ONU, 2011).

Outra reconhecida instituição é a Cruz Vermelha (1864) que firmou associação à ONU (1945), no Brasil a instituição teve o protagonismo de uma médica belga, professora e defensora, à sua época, dos direitos das mulheres e do trabalho feminino fora do lar por meio de atividades assistencialistas e filantrópicas. Maria Rennotte fundou a Cruz Vermelha em São Paulo no ano de 1912 e foi uma das primeiras mulheres a exercer a medicina social dirigida aos mais pobres, ela mesmo antes de validar seu diploma de medicina no Brasil, já era muito conhecida e valorizada pelos migrantes que chegavam à cidade devido à fluência em outros idiomas e por conhecer outras culturas. A médica contribuiu para a representatividade profissional feminina e conquistou reconhecimento nacional e internacional, ainda raro para mulheres naquele período, pelos seus conhecimentos e dedicação aos mais vulneráveis, em vida doou todos seus bens e viveu pobre até os 90 anos (MOTT, 2005).

A participação das redes de acolhimento solidárias ligadas à religião católica foram o objetivo do estudo de Silva (2017), quando o norte do Brasil recebeu grande quantidade de migrantes haitianos em 2010. Na ocasião, observou a construção do entrelaçamento entre as redes ao longo do processo migratório, notou inclusive a interferência de agências de atravessadores com promessas enganosas de prosperidade no país. Neste contexto, a presença da Pastoral do Imigrante em várias cidades do país teve responsabilidades que foram preponderantes na determinação do fluxo de migrantes, viabilizou moradia temporária, alimentos, documentações e cursos profissionalizantes, evidenciando a falta da intervenção do Estado com ações e soluções direcionadas na época para a demanda. Tanto as redes sociais formadas por laços de amizades, parentescos e outros vínculos, quanto às de acolhimento institucional, se mostraram determinantes na mobilidade dos migrantes haitianos no Brasil. A participação de grupos religiosos viabilizou ações indispensáveis para a garantia dos direitos humanos da população imigrante e refugiada e não poderia ser desprezada tanto pelo

envolvimento histórico que ao longo do tempo foi direcionado para o viés solidário, voluntário e filantrópico, bem como da amplitude de alcance mais imediato. (SILVA, 2017).

Na perspectiva de encontrar organizações que atuassem com migrantes e refugiados, fomos em busca das OSCs de Porto Alegre que na ocasião da pesquisa eram cerca de seis mil, de acordo com o IPEA (FELIX; LOPEZ, 2018). Entre as OSCs que já trabalhavam com o tema da migração estava o Centro Ítalo Brasileiro de Assistência e Instrução às Migrações (CIBAI) (OBMIGRA, 2016), o representante da OSC recordou na época, que já atendeu cerca de 195 mil migrantes desde a sua fundação em 1958 e que sempre se propôs ao acolhimento e acompanhamento de migrantes (CIBAI, [s.d.]).

Entre as instituições existentes estão até aquelas criadas pelo próprio município com atuação desde o acolhimento até o suporte concreto em questões de saúde. (PORTELLA, 2021).

3.4. Saúde, Promoção da Saúde e SUS

A saúde como direito humano e fundamental é desejada por todos. Sobre esses aspectos questiona-se ainda hoje o que é saúde de fato e como se pode alcançá-la, não existe conceito único para saúde, cada pessoa tem um diferente entendimento sobre saúde e doença. A compreensão sobre esses conceitos se modifica conforme a época admite-se que crenças, culturas, religiões, ambientes e descobertas biológicas atuam na construção de diferentes significados. Neste contexto, a Saúde Coletiva se difere da Saúde Pública, trazendo a pluralidade de compreensão dos determinantes de saúde, que vai para além de indicadores epidemiológicos ou de sanitarismo de fronteira e que inclui as Humanidades como elemento indispensável para o conceito de saúde além, da Promoção e Prevenção da Saúde (BIRMAN, 2005; SCLiar, 2007).

A saúde já foi considerada unicamente como a ausência de doenças, com o passar do tempo medidas sanitárias individuais e coletivas foram comprovadamente percebidas como eficientes no combate à proliferação de doenças. Além disso, campos como a sociologia apresentam contribuições importantes para reflexão sobre o contexto em que ocorre o adoecimento humano, essa ciência levanta a possibilidade de a doença ocorrer naturalmente com os anos ou pela influência do ambiente de convívio social (BIRMAN, 2005).

Deste modo, se insere a noção de pertencimento a um ambiente físico, social e político capaz de mobilizar alterações do estado de saúde das pessoas tanto quanto as práticas e conhecimentos da medicina. Assim, a saúde representaria o estado de bem-estar físico, mental,

social e espiritual das pessoas em particular ou compartilhado. Porém, essas comprovações não foram totalmente suficientes para modificar o pensamento da sociedade científica e popular sobre a preferência por conceitos biotecnológicos defendidos por Flexner desde 1910. A evolução do conhecimento da medicina foi baseada no conceito de exposição, precaução e medicalização de doenças recebendo maior investimento em pesquisas bem como satisfazendo interesses do mercado e do capital privado (RABELLO, 2010).

As palavras, saúde e a doença têm significados que representam uma relação entre o subjetivo e o objetivo, onde o processo de adoecimento é reduzido ao conjunto concreto de procedimentos e ações determinadas por teorias reconhecidas como próximas a esse processo. Existe uma lacuna de conhecimento entre o adoecer e a doença onde qualquer simplificação não contemplaria sua totalidade de significado. O conhecimento científico da medicina tenta reduzir em partes o que constitui um todo singular e próprio de cada sujeito. Porém, a atenção à saúde só pode ser instrumentalizada por meio de conceitos de saúde e doença, lançando o desafio de ressignificar as ações e práticas considerando a doença não como um fato isolado, mas como evolução de fatores objetivos e subjetivos a partir de uma relação biológica, psicológica e social (CZERESNIA, 2009).

Scliar (2007), realiza uma revisão sobre a história da saúde e finaliza com conceito promovido pela OMS que representa não apenas a ausência de doença, mas um estado de bem estar, físico, mental e social. Com isso, sugere medidas mais eficientes de cuidado voltadas à Atenção Primária de Saúde a partir da realidade econômica, sociocultural e política de uma localidade:

“Educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais. Deveria haver uma integração entre o setor de saúde e os demais, como agricultura e indústria” (SCLIAR, 2007, p.39).

A partir de 1960 um movimento internacional se formou em torno de outros fatores que afetariam a saúde. Em 1978, na Declaração de Alma Ata na extinta União Soviética, a saúde foi declarada como direito humano fundamental devendo ser assegurada por diferentes atividades sociais e econômicas. Contudo, somente com a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986, no Canadá, marco importante para a disseminação do conceito ampliado de saúde, que a discussão sobre a participação de outros segmentos ganhou notória importância. A elaboração da Carta de Ottawa influenciou movimentos mundiais a favor da

paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade como pré-requisitos para a saúde. O documento propõe uma aproximação e cooperação das organizações públicas, civis e da população como tentativa de estabelecer uma relação de troca de saberes sobre saúde (BRASIL, 2002; BUSS, 2000; BUSS; CARVALHO, 2009; LOPES et al., 2010).

O Brasil mesmo sem ter participado dos encontros de Alma Ata e Ottawa introduziu as ideias de Promoção da Saúde no ano 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde sendo esse um dos marcos da Saúde Pública brasileira envolvendo a sociedade organizada e os cidadãos mobilizados pelo movimento de redemocratização no governo pós-ditadura. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) desejava ajustes nas políticas públicas brasileiras alinhadas à tendência mundial de valores como equidade a serem contemplados na Constituição de 1988 e ampliados com a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS (BRASIL, 1988, 1990; BUSS; CARVALHO, 2009).

O MRSB incluiu no campo da saúde pensamentos de uma população democrática como Direitos Humanos e Universal, a importância dos determinantes sociais da saúde e Promoção da Saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Gilberto Berlinguer, médico, socialista, pesquisador da saúde coletiva, humanista defensor dos Determinantes Sociais da Saúde, do direito à saúde de cidadãos e migrantes foi uma personalidade do cenário internacional que contribuiu com o MRSB no Brasil e na América Latina (FLEURY, 2015).

Diante da construção histórica e teórica da saúde torna-se consenso estreitar as relações entre a garantia do direito fundamental à saúde, acesso à qualidade de vida (BUSS, 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000) e os Determinantes Sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MARMOT et al., 2012). O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a responsabilidade da gestão de ações específicas para saúde, preza pelo atendimento universal, integral e equânime para todos que vivem em território nacional (BRASIL, 1988). Em um pouco mais de trinta anos de existência o SUS superou diversos acontecimentos políticos, econômicos e estruturais que direcionaram sua existência. Mesmo assim, as diretrizes e políticas públicas norteadoras sofrem com o interesse econômico da elite política brasileira, historicamente presente nos governos e interessada em desconstruir a cidadania e o direito universal à saúde (PAIM, 2018).

A realidade vivenciada por brasileiros que não possuem condições favoráveis de sobrevivência, cidadania e acesso aos direitos, coloca-os sob uma forma de domínio e exclusão, os retira do cenário político e social sem chance de participação efetiva. Uma população tolhida e cansada, não encontra outra forma de expor seu descontentamento senão com explosão e

violência. A forma com que estão organizadas as políticas públicas considera a população como cliente-consumidor do que lhes é oferecido sem possibilitar escolhas ou ainda como clientes-políticos trocando votos por benefícios (SCOREL, 1993).

O tema das desigualdades está presente no panorama global inclusive em países ricos que acreditam resolver seus problemas de saúde apenas utilizando tecnologias biomédicas avançadas e caras. Quando esses problemas são estratificados em grupos sociais, étnicos e geográficos apresentam índices alarmantes de algumas doenças, visibilizando o impacto dos determinantes sociais sobre as doenças. Os índices globais de saúde de uma nação inteira também sofrem modificações a partir de acontecimentos históricos econômicos ou ambientais, no entanto mesmo com todas essas constatações nem sempre as iniquidades sociais são consideradas prioridade nos planejamentos políticos (BARRETO, 2017).

Campos (2007) nos provoca pensar sobre qual é a lógica de saúde que queremos. O autor comparou as forças de dois movimentos sociais, o MRSB que idealizou o SUS equânime buscando a participação da comunidade para compor as políticas públicas de saúde, com o movimento médico classista que fomentou uma política por ele denominada de liberal-privatizante, sempre presente e interessada em incentivar o consumo de produtos e serviços privados médico-hospitalares especializado. O autor diz que no jogo político de interesses não existem perdedores e chama a atenção para o fato de que os adversários estrategicamente propuseram a inclusão de duas das diretrizes do SUS na época de sua elaboração (integralidade e universalidade). Com isso, estariam certos da dificuldade do Estado em cumpri-las e assim estariam assegurando e viabilizando seus interesses de participação no mercado de capital privado em longo prazo como acabou sendo aprovado e descrito na Lei Orgânica 8080 - Da participação complementar (BRASIL, 1990; CAMPOS, 2007).

Fleury (2009) manifesta o mesmo pensamento, quando defende que a Reforma Sanitária Brasileira foi colonizada pelos interesses capitalistas em seu processo de desenvolvimento, culminando em falhas no sistema de saúde público brasileiro, provocadas pela inclusão de interesses econômicos e classistas. Os problemas de gestão são gerais, mas motivados principalmente pelas questões financeiras, elevado gasto com materiais e remédios de laboratórios multinacionais e de ética profissional inviabilizando o alcance integral à saúde. Para a autora a maneira de garantir a redemocratização da saúde seria através do reconhecimento e da reorganização de alianças sociais (FLEURY, 2009a, 2009b).

A exclusão, a pobreza e a desigualdade estão presentes nas formas de organização das Políticas Públicas inclusive no sistema público de saúde que não consegue se ajustar totalmente

às demandas de forma equânime. Dentro da análise dos Determinantes Sociais da Saúde encontramos falhas produzidas pelo Estado e que tem interesse em manter os excluídos políticos, sociais e econômicos afastados pela pobreza e assistidos apenas pelas ações assistenciais. Normas produzem exclusão, um exemplo são os trabalhadores informais, rurais e domésticos, que não participam das normas corporativas e formais de trabalho sendo assim retirados da proteção social e cidadã (FLEURY, 2007). Algumas situações de inclusão ou exclusão social pode ser identificada na marginalização do povo judeus, do negro, dos apátridas e dos colonizados dominados por governos autoritários que retiram quaisquer possibilidades de proteção oferecendo somente dominação e autoridade (SCOREL, 1993).

O conceito de vulnerabilidade que originalmente está relacionada a temática de assistência social, política e econômica foi ampliado para saúde nos anos 80 quando se referia aos riscos que pessoas portadoras de HIV poderiam estar submetidas (CARMO; GUIZARDI, 2018; OVIEDO; CZERESNIA, 2015). O ser humano em sua existência está constantemente sujeito a danos, o fato de ter possibilidade de receber apoio para alterar essa condição é que caracteriza vulnerabilidade individual ou comunitária como uma situação modificável e não permanente. Então, aí entra o papel das políticas públicas que poderiam alterar essas situações. Como já foi dito, a retirada de direitos e conseqüentemente da cidadania, enfraquece o poder de reação das coletividades, mesmo assim, para compreender o desenvolvimento de situações de vulnerabilidade é preciso reunir conhecimentos éticos, políticos e técnicos a fim de sustentar mudanças na própria capacidade de combatê-los dentro de comunidades (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Nota-se que a discussão sobre os determinantes e a determinação social da saúde foi retomada e teve como motivação o panorama progressivo do neoliberalismo em toda América Latina. Esse avanço foi observado através de desmontes de sistemas de saúde e de valores democráticos de nações consideradas “mansas de periferia”. Uma opção reativa e estratégica a essa tendência da América Latina é a união colaborativa entre pesquisadores, instituições e movimentos sociais, denunciando avanços e retrocessos provocados pelos interesses em desorganizar a democracia e os sistemas públicos e universais de saúde (BORGHI et al., 2018).

É o que se propõe a fazer o Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIAPSS), criação brasileira de caráter técnico propositivo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais em colaboração com o Ministério da Saúde e pesquisadores argentinos, brasileiros, colombianos, espanhóis, paraguaios, peruanos e portugueses para acompanhar os parâmetros e serviços de saúde desses países. Os dados dos indicadores dos determinantes e

condicionantes sociais da saúde, utilizados na matriz avaliativa do OIAPSS, foram selecionados e avaliados entre os resultados positivos, o destaque foi para a diminuição de vulnerabilidades relacionadas à estabilidade do PIB na América Latina nos anos 2000. No Brasil e na Colômbia foi constatada uma relação contraditória, mesmo com o crescimento econômico, aumento do acesso à água e saneamento, as taxas de homicídios aumentaram, sugerindo a necessidade de incluir na análise outros indicadores de desenvolvimento social, tais como as violências (CONILL et al., 2018).

Diante desta revisão igualmente reflexiva relacionada à saúde, direitos humanos, SUS, políticas públicas, vulnerabilidades entre outros, identificamos a existência de condições impeditivas aos direitos fundamentais e ao acesso a serviços públicos comuns entre brasileiros e migrantes menos favorecidos que vivem aqui. Ainda assim, não se esgotam essas impossibilidades e se faz necessário discutir questões emergentes como xenofobia, racismo, cultura e religião ainda desprezadas pelas políticas públicas de saúde, ainda mais quando a saúde em questão for de migrantes.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. O contexto da pesquisa

Esta pesquisa foi idealizada no ano de 2018 com a intenção de identificar as ações de apoio e de saúde das instituições públicas ou privadas e/ou voluntários que atuavam de alguma forma com migrantes e refugiados chegados em Porto Alegre e região metropolitana.

A busca pelos locais de apoio aos migrantes foi realizada através da internet utilizando a plataforma Google@ com as palavras chaves ‘acolhimento, migrantes e refugiados’, ‘Porto Alegre’ encontramos desta forma, no site do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) uma lista com 12 instituições e seus contatos, na época de domínio público. Nem todas as instituições disponíveis na lista responderam aos contatos iniciais realizados por e-mail, as pessoas que responderam e se disponibilizaram para a entrevista acabaram indicando outras pessoas-chaves no cuidado com os migrantes e refugiados. Essa técnica trabalha cadeias de referência onde uma pessoa indica a outra a partir da divulgação de características de interesse do pesquisador é conhecida como Bola de Neve (VINUTO, 2014). Com isso, foi possível realizar dez (10) entrevistas durante os meses de maio a novembro de 2019 e identificar os países mais frequentes na ocasião da pesquisa Haiti, Venezuela e Senegal.

Nenhuma desistência foi registrada, a entrevistadora foi recebida gentilmente pelas pessoas contatadas e agendados nos locais e horários indicados por e-mail. Todas conversas seguiram os protocolos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS, sob CAAE nº 14083719.2.0000.5347 e seguiram as orientações da Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996 e da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Previamente foi elaborado como roteiro um questionário de perfil aberto contendo perguntas sobre a vivência de trabalho com migrantes e refugiados estando disponível no apêndice 3 deste trabalho. Antes os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização, os modelos utilizados encontram-se nos apêndices 1 e 2. As entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador, depois transcritas e codificadas. Foi garantido o sigilo das identidades e mesmo assim, alguns entrevistados não pareceram estar à vontade e se limitaram a responder apenas às perguntas pré-estabelecidas. Talvez a apreensão inicial da entrevistadora também tenha contribuído para um clima não tão fluido nas primeiras entrevistas. Com o tempo, essa sensação foi mudando e as conversas ficaram mais desinibidas e se estenderam além do tempo e das questões esperadas para entrevista. O limite de inclusão de participantes na pesquisa é chamado de saturação, isso ocorreu quando o nome de uma mesma instituição/pessoa foi repetidamente indicado não trazendo novas informações relevantes (CHARMAZ, 2009).

A coleta das informações foi realizada pela autora, cada entrevista teve duração aproximada de 50 minutos, algumas duraram mais tempo, mas todas iniciaram mediante convite e explicação dos objetivos da pesquisa, também foi coletada a autorização formal das instituições e do profissional participante.

Após a coleta as informações foram lidas, transcritas, agrupadas de acordo com a Teoria Fundamentada em dados (STRAUSS; CORBIN, 2008) e as categorias de resultados emergiram da leitura flutuante realizada com foco na busca por resposta ao objetivo da pesquisa. Para auxiliar todo esse processo de organização e análise dos dados foi utilizado como auxílio na transcrição o software Microsoft Office Word® em seguida foram inseridos no *software NVIVO® 11* que auxiliou na análise para categorização das informações.

As falas identificadas como mais frequentes e que trouxeram contribuições relevantes para a compreensão do fenômeno foram estabelecendo as categorias analíticas, introduzidas pela discussão sobre trabalho-sociedade, e que seguem listadas em tópicos e descritas nos resultados: Exploração de trabalho; Sobrevivendo em terras desconhecidas: Porto Alegre;

Discriminação de gênero; O que une: Racismo como marcador de opressão por raça e classe; Diversidade cultural e por último Saúde.

A saturação das informações foi estabelecida em 10 entrevistas realizadas. Não houve nenhuma intencionalidade na busca por determinadas instituições ou voluntários que atendessem uma população específica de migrantes/refugiados e em nenhum momento esta foi uma tônica da pesquisa, contudo, naturalmente os resultados foram apontando que, à época, havia uma concentração maior de atendimento a pessoas venezuelanas, haitianas e senegalesas que vinham imigrando e/ou sendo atendidas por instituições e voluntários em Porto Alegre e região. Destacamos na Tabela 1 os participantes entrevistados e as instituições participantes.

Tabela 1- Entrevistados e instituições

Total de entrevistas	Número de entrevistados por instituição	Instituição	Gênero do entrevistado	População de trabalho
4	1	Cruz Vermelha	masculino	venezuelana
	1	Avesol		
	1	Aldeia Infantis	feminino	
	1	Mensageiro da Caridade		
5	1	CIBAI	masculino	haitiana
	1	CEBRAS	feminino	
	1	Famílias Imigrantes		
	1	Voluntária		
	1	CIBAI/voluntária		
1	1	Voluntário/CIBAI	masculino	senegalesa
Total final	10			

Fonte: elaborada pelo autor.

4.2. Cenários e personagens

No decorrer dos resultados são apresentadas algumas falas significativas dos entrevistados da pesquisa e para garantir o anonimato, seus nomes foram substituídos por nomes fictícios que serão apresentados nesta pequena construção cartográfica de personagens e

cenários que foi construída por uma análise sócio histórica e cultural, uma revisão da literatura e de recursos midiáticos com publicações sobre o tema.

Para identificar os participantes desta pesquisa, foram escolhidos nomes de mulheres e homens que exerceram um papel fundamental na luta pela independência de suas próprias nações: Venezuela, Haiti e Senegal. Todo o envolvimento desses personagens, na maioria das vezes, custou a própria liberdade na busca da valorização de um povo colonizado, escravizado ou tutelado. Nota-se que a história pouco traz informações sobre a participação feminina nas revoluções em busca da descolonização nesses países, ainda assim, percebeu-se durante a busca de referências que no Haiti a participação feminina foi mais relatada apesar de ser difícil encontrar fontes literárias em português sobre o papel dessas mulheres.

Personagens e Cenário da Venezuela

Simón Bolívar (1783-1830), “o libertador” como ficou conhecido o revolucionário líder venezuelano mais importante da América do Sul. Nasceu na elite da Venezuela, mas desde muito jovem ficou órfão recebendo uma educação de seus mestres a partir das ideias iluministas francesas. Foi um militar que idealizou e influenciou a conquista da liberdade dos territórios colonizados por espanhóis, correspondentes hoje aos países Colômbia, Panamá, Venezuela, parte do Equador, Peru e Bolívia. Ele, porém, sonhava com a união da América do Sul sob um único comando como forma de enfrentamento e resistência ao domínio da Espanha, não alcançando esse êxito devido a oposições políticas e interesses locais (SOARES, 2019). Este ano a Venezuela comemorou 239 anos do líder *criollo* como eram chamados os nascidos em território espanhol, a cidade se coloriu com manifestações culturais para celebrar a data alusiva ao ex-líder que originou o movimento conhecido como Revolução Bolivariana, ou seja, mobilização em assembleias constituintes e união de um estado maior prometidas pelo presidente Hugo Chávez em 1999. Com a morte de Chávez em 2003, os dois personagens seguem na memória política do povo venezuelano simbolizando a almejada liberdade iniciada por Simón Bolívar (ESTANISLAU, 2022).

Figura 2 - Simón Bolívar



Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biografia/simon-bolivar.htm>

Argelia Laya (1926-1997), mulher venezuelana, negra, professora, comunista, feminista, militante e política que durante sua vida lutou pelo direito de igualdade das mulheres negras e pobres. Na infância viveu no interior do país, porém com a morte do pai, guerrilheiro, precisou mudar para a capital com a mãe onde estudou magistério e foi vítima de estupro. Teve sua filha sozinha, o que na época para uma professora era motivo de vergonha e proibição, mesmo assim não se intimidou e conseguiu junto ao Ministério da Educação manter seu trabalho. Logo quando ingressou no Partido Comunista da Venezuela (PCV) envolveu-se em frentes revolucionárias a favor da Greve Geral e na queda do ditador Marcos Pérez Jiménez e em 1960, juntou-se à frente armada do partido. Na carreira política participou ativamente de conquistas como o direito ao voto e a inclusão das mulheres na política. Articulou o primeiro grupo de mulheres negras do país e apontou os efeitos das diferenças econômicas enfrentadas pelas mulheres, principalmente negras e indígenas (CAPIRE, 2021; GARCIA, 2016).

A memória de Laya é celebrada como a principal personagem feminista da Venezuela:

“Cuando se nace y se crece mujer en un hogar pobre ya se está condenada a ser la más oprimida y explotada, porque entre los de abajo, las mujeres del pueblo son las que soportan el peso más brutal. Por la división del trabajo, (...) a la mujer le tocan los trabajos peor pagados y es la única que realiza los oficios domésticos, los llamados oficios de mujer.” (LAYA, 2014, p. 40)

Figura 3 - Argelia Laya



Disponível em: <https://venezuelanalysis.com/analysis/15394>

Francisco de Miranda (1750-1816), foi considerado o precursor do “libertador “, (Simón Bolívar), o venezuelano filho de pai migrante e mãe venezuelana, ricos, foi um revolucionário que estudou na França e teve circulação na sociedade influente de países como Estados Unidos e Grã-Bretanha. Tornou-se militar e influenciado pela independência dos Estados Unidos dedicou sua vida à liberdade hispano-americana articulando apoio de grandes nações contrárias ao domínio Espanhol nas Américas. Com a invasão Napoleônica na Espanha (1808), o militar recebeu a incumbência de liderar a primeira República Venezuelana em 1812, seu governo curto e desacreditado o levou a cadeia e a morte na Espanha (FERNÁNDEZ; TAMARO, 2004; ISEROV, 2019; MARTINEZ HOYOS, 2014).

Em 2016, o cenário da Venezuela foi severamente impactado pelas constantes instabilidades políticas do país e medidas econômicas do governo do presidente legítimo venezuelano levando a revoltas populares. A justificativa do governo para esta crise foi que os Estados Unidos (EUA) não aceitaram vender alimentos e insumos de saúde para a Venezuela, porque desejava exclusividade na compra e controle de todo petróleo venezuelano. A falta destes itens comprometeu o abastecimento do país, elevou os preços e diminuiu o poder de compra, além disso empresas demitiram trabalhadores aumentando o desemprego e o empobrecimento da população. Nas últimas eleições presidenciais da Venezuela, os EUA apoiaram e reconheceram a vitória do candidato da oposição do governo atual, que prometeu facilitar o controle do petróleo Venezuelano (ANGELO, 2019; FOX, 2019; MARCO, 2017).

O reflexo da crise instalada apareceu em dados estatísticos nacionais elaborados por organizações não governamentais e apontaram para a desvalorização da venda do barril de petróleo nacional, forçando o governo a redirecionar os investimentos governamentais aumentando a dívida externa e interna. Medicamentos relativamente simples, mas necessários

para tratar doenças crônicas passaram a ser itens de privilégio para parte da população, a falta gerou descontentamentos e mortes evitáveis. Outra importante constatação foi que mais da metade das crianças venezuelanas estavam desnutridas ou em risco de desnutrição pela privação de alimentos. Estes acontecimentos impactaram na avaliação de 2021 do Fundo Monetário Internacional (FMI), com um PIB 10 vezes menor do que o avaliado em 2012, a Venezuela entrou para o ranking dos países mais pobres das América-ocidental (EL PAIS, 2019). O Relatório de Monitoramento de Educação Global da UNESCO de 2012 indica que 94% da população venezuelana entre 15-24 anos tem o ensino primário completo, 69% concluíram o ensino médio e apenas 2% das crianças em idade escolar não frequentam a escola (UNESCO, 2012).

Muitos venezuelanos em 2015/16 buscaram refúgio em países de divisa como o Brasil, Colômbia e Guiana para fugir das perseguições e da miséria. As cidades brasileiras de fronteira com a Venezuela receberam muitos refugiados e não tinham condições de suportar o volume de demandas sociais, de saúde e de alimentos necessárias para acolher estas pessoas. Neste contexto surgiram inúmeros déficits municipais e cenários perversos de preconceitos e violências, porém muitas ações de solidariedade foram iniciadas para tentar dar conta mais uma vez de um problema estrutural que afeta países colonizados do sul global. Os municípios fizeram inúmeras tentativas, incluindo judiciais, para transferir a responsabilidade e retirar as pessoas daqueles locais. Em meio a esse caos o governo federal com apoio da ACNUR lançou o projeto Acolhida e interiorização dos refugiados, custeando temporariamente a transferência para cidades de outros estados em troca de benefícios fiscais (BRASIL, 2018; LANDER, 2018).

A diáspora venezuelana se caracteriza de diferentes formas em relação a de outros povos como os haitianos e senegaleses identificados na ocasião desta pesquisa. Algumas teorias são divergentes sobre as razões da imigração e refúgio, ou mesmo da escolha dos locais de imigração. Fala-se em possíveis redes de apoio, afetivas, econômicas ou mesmo levados pela necessidade humana de ressocialização e manutenção da cultura e língua latino-americana. Pelo motivo que for, a demanda está posta e não existem possibilidades de ser vencida com ações pontuais tanto governamentais quanto voluntárias (SANTOS, 2022).

A crise na imigração se agravou com o fechamento das fronteiras em 2018/19 por conta da pandemia, mesmo assim muitos se arriscam a fazer travessias irregulares na América Latina e nos Estados Unidos. O país de maior interesse de imigração segue o EUA, mas o Chile registrou a entrada de muitos migrantes durante a pandemia vindos da Venezuela e Haiti, infelizmente também existiram muitos atos racistas e xenófobos como o que aconteceu com 30

família de venezuelanos alojados em uma praça pública, eles tiveram todos seus pertences queimados no Chile por uma marcha anti migrantes (SANTOS, 2022).

Personagens e Cenário do Haiti

Toussaint L'Ouverture (1743-1803), negro escravizado, foi um grande líder da insurreição da Ilha de São Domingos, hoje o Haiti. Toussaint L'Ouverture foi um homem escravizado que trabalhava na casa grande, aprendeu francês com seu pai o que ajudou a conquistar a confiança do fazendeiro para administrar as poses da fazenda, demonstrando habilidades nunca valorizadas em negros. O desejo de justiça despertou em Toussaint L'Ouverture o interesse em ingressar na luta a favor da liberdade dos escravizados e da colônia explorada pelos franceses. Como não tinha conhecimento de táticas militares ingressou no exército francês, mas em seguida buscou aliança com os seus camaradas de ideais, planejando e liderando o exército de negros cansados de tamanha violência e exploração. Nomeado governador da ilha e escreveu a constituição de 8 de julho de 1801 para afirmar a autonomia da colônia. Ele foi preso por seus ideais que estavam em desacordo com o Napoleão que queria voltar com a escravatura e o controle da ilha.(JAMES, 2010; STORIES, 2021).

Figura 4 -François Dominique Toussaint Louverture



Disponível em: Arquivo Histórico Universal/Grupo de Imagens Universais/Imagens Getty

Cécile Fatiman (1771-1883), mulher que veio do Senegal escravizada junto com a mãe e seus filhos (vendidos como escravos pelo marido branco), foi a líder religiosa que realizou a cerimônia *vudu* mais conhecida no país onde seus participantes se comprometeram à vingança sobre os franceses escravocratas iniciando uma revolução. Mesmo não participando diretamente dos conflitos, é figura respeitada pela influência espiritual que exerceu em diversos

movimentos libertários. (ALMA PRETA, 2017). A sopa de abobora tradicional do dia 1º de janeiro no Haiti não foi para homenagear a Cecile, mas para lembrar do dia da proclamação da independência do Haiti. Esta sopa foi criada por a Marie Claire Heureuse Felicite Bonheur Dessalines, mulher do 1º imperador do Haiti, Jean-Jacques Dessalines ou Jacques I.

Figura 5 - Cécile Fatiman



Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/C%C3%A9cile_Fatiman

Suzanne Sanité Bélair (1781-1802), mulher negra e livre que participou do exército revolucionário haitiano, liderou levantes na cidade em que nasceu e teve notoriedade ao atuar contra o exército napoleônico. O último enfrentamento marcante na história de Suzanne foi no dia de sua morte na forca em 1802, estava grávida, recusou vendar os olhos e gritou por liberdade ao povo (ALMA PRETA, 2017; MONTHLY REVIEW, 2022).

Figura 6 - Suzanne Sanité



Disponível em: <http://www.sandrineberges.com/liberty-in-thy-name/a-woman-in-the-haitian-revolution-sanite-belair>

Marie Jeanne La Martiniere, mulher e soldada da revolução haitiana tomou a liderança e venceu a batalha de Creta a Pierrot em 1802, uma das mais importantes conquistas diante do

grande número de soldados adversários enfrentados. A partir desta vitória ela conquistou a confiança e assumiu a responsabilidade pela defesa pessoal daquele que seria o primeiro governador da República do Haiti, Dessalines (ALMA PRETA, 2017; MONTHLY REVIEW, 2022).

Marie Sainte Dédée Bazile, foi uma mulher africana escravizada, abusada sexualmente pelo seu escravizador e que adoeceu mentalmente tamanhos abusos sofridos. Durante a revolução serviu ao exército incansavelmente entregando mantimentos aos soldados. Ela ficou conhecida por ter recolhido os restos mortais do primeiro imperador do Haiti, Jean-Jacques Dessalines, esquartejado (ALMA PRETA, 2017; MONTHLY REVIEW, 2022).

Figura 7 – Mapa Ilha Hispaniola



Disponível em: <https://guiadoestudante.abril.com.br/atualidades/haiti-uma-historia-de-insurreicoes/>

O território da ilha caribenha onde Cristóvão Colombo aportou em 1492, chamada Hispaniola (figura 7), foi colonizado na região oriental por espanhóis e somente alguns anos depois durante o século XVII a parte ocidental foi apropriada pelos franceses. Na ilha colonizada instalaram-se fazendeiros franceses que compraram mão de obra escravizada africana (cerca de 500 mil), tornando-se a maior fornecedora de produtos para a França e parte da Europa. Com a Revolução Francesa em 1789, novas leis foram estabelecidas no país francês, entre elas a liberdade e igualdade de homens, porém estas leis não tinham validade para as colônias francesas, sabendo disso os escravizados iniciaram violentas revoltas em busca dos mesmos direitos.

Antes de ser uma república, o Haiti era um império dirigido pelo imperador Jacques I, foi só depois do assassinato do imperador que o Haiti se tornou república sob a influência da França. O Haiti foi a primeira república negra do mundo e a primeira nação da América Latina que acabou com a escravidão mediante revolução liderada pelos escravizados (1804), expulsou

lideranças brancas e rompeu com a França o que gerou embargos econômicos severíssimos ao país caribenho. Todo este movimento revolucionário inspirou outras colônias da América Latina a buscar a independência, mesmo com o percurso revolucionário, o Haiti não foi exceção, também sofreu com a ordem mundial do capitalismo neoliberal. Os haitianos na última década tiveram crise política, econômica e social interna agravada por terremotos e desastres naturais, toda essa situação levou o país a ser considerado a nação mais pobre da América Latina. Revisar alguns fatos históricos é importante para compreender o processo de domínio, liberdade e tutela a que as nações colonizadas foram ou ainda são submetidas e que podem explicar a situação atual dos países de endividamentos, pobreza e movimentação migratória, sem maiores romantismos ou outras possibilidades de explicações (TRICONTINENTAL, 2018). Desde o assassinato do presidente do Haiti em 2021, sequestros e protestos se multiplicaram nos bairros e nas ruas de Porto Príncipe, que também é rota de tráfico de armas e drogas no Caribe. Organizações religiosas que mantêm o fornecimento de itens alimentares e remédios para os haitianos, são alvos de sequestros violentos de grupos que têm seus interesses afetados, principalmente na capital do país, onde vive quase metade da população. As intervenções militares garantem a presença de soldados como forma de opressão ao povo revoltado, vários casos de estupros, violências e doenças aumentaram desde o início da presença internacional, poucos privilegiados têm acesso aos serviços como de esgoto e abastecimento de água, educação e saúde que são caros ou fornecidos por organizações de caridade. A língua francesa é a oficial dos colonizadores e estudada nas escolas, mas o *Créole* ou Crioulo haitiano, todos os cidadãos sabem falar, o inglês acabou fazendo parte da vida dos haitianos pela presença militarizada de americanos no país assim como o espanhol para quem vive na divisa com a República Dominicana. De acordo com a UNESCO a situação da educação no Haiti no ano de 2012 indica que 44% da população tem o ensino primário completo, apenas 12% o ensino secundário e 17% das crianças em idade escolar nunca frequentaram a escola (UNESCO, 2012).

Os haitianos ainda sonham com o destino de migrar para os EUA, mas poucos países tiveram uma propaganda ilusória como a do Brasil durante sua participação na missão de paz em 2010 o que gerou uma grande movimentação durante os anos seguintes, de migrantes haitianos aqui no país (EL PAIS, 2021; LYON, 2021; TRICONTINENTAL, 2018). Essa população é a única que possui uma Resolução Especial do Conselho Nacional de Imigração (CNIg) que permite a concessão de visto por razões humanitárias, mas diferentemente dos venezuelanos não foi recebida em aeroportos ou recebeu auxílio financeiro mesmo que temporário.

No Haiti quase todas as pessoas têm algum familiar que passou pela diáspora migratória, elas são levadas a acreditar que fora do país existem melhores oportunidades romantizando um ideal de vida reproduzido pelo colonialismo. Este imaginário diminui as possibilidades locais de desenvolvimento com o deslocamento de jovens economicamente ativos, evitando conflitos políticos e violentos, mas que fragiliza ainda mais a população que fica. Um haitiano não decide sair do país sozinho, esta é uma decisão e demanda familiar apoiada financeiramente, emocionalmente e espiritualmente que implica em uma pressão por sucesso e retribuição de todo apoio recebido. Os migrantes dizem não se arrependem de migrar para o Brasil apesar de não encontrar tudo o que foi prometido e anunciado, mas afirmam ter aqui melhores condições do que no Haiti, essa afirmação contribui para a desconstrução da teoria de que os habitantes de um país pobre do sul migram para países ricos do norte ou para países colonizadores (JOSEPH, 2017). Em relação aos locais de entrada no Brasil a principal rota foi o Acre e o Amazonas e de lá passaram por vários estados até chegar no Rio Grande do Sul.

Personagens e cenário do Senegal

Léopold Sédar Senghor (1906-2001) senegalês, poeta, escritor e político. Sua formação seminarista católica viabilizou o pensamento crítico e religioso, ganhou uma bolsa de estudos em uma universidade na França que ampliou suas habilidades de escritas e articuladoras nos campos intelectuais e políticos contemporâneos franceses. Foi o primeiro africano aprovado para o cargo de professor secundarista dentro de uma universidade francesa. Criou o conceito “*négritude*”, valorizando as características humanistas de africanos negros criando uma “esfera pública negra” em oposição ao colonialismo e impulsionando o movimento de discussão sobre a independência. Em 1939 serviu no exército francês, foi capturado durante 18 meses pelos nazistas e nesse tempo aprendeu alemão, logo que liberto retornou a escrever poemas. Decidiu ingressar na política e representou a colônia Senegalesa na Assembleia Constituinte Francesa, construindo alianças políticas importantes para o caminho da independência, ele também fundou o Bloco Democrático Senegalês partido socialista africano no ano de 1948. Léopold Sédar Senghor foi um dos primeiros presidentes do Senegal até sua renúncia em 1980 (DE MACEDO, 2016; SCHOLL, 2021).

Figura 8- Léopold Sédar Senghor



Disponível em: <https://culturafrancesadotorg.wordpress.com/2013/03/21/un-poete-leopold-sedar-senghor/>

O Senegal é um país africano colonizado pelos franceses, mas que tem sua representação cultural preservada pela musicalidade, vestimenta, religiosidade e entonação da fala nas muitas línguas existentes e que permite a identificação e comunicação de diferentes etnias. O *Wolof* é uma das línguas mais populares do país, embora o francês seja a língua oficial dos colonizadores, e que não representa a cultura autóctone tal como fica evidente na preservação cultural (CHERRUAU, 2016).

O território do Senegal é próximo ao do tamanho do Rio Grande do Sul, são 16 milhões de habitantes, a maioria segue o islamismo e a metade da população é mulher. A independência senegalesa como colônia francesa é recente (1960) desde então, as tentativas de desenvolvimento econômico e social são alvo de disputas políticas desproporcionais entre a minoria da elite senegalesa apoiada pela França e a população pobre. Ano após ano eleitoral repetidamente todas as forças contrárias ao poder atual do partido “Socialista”, porém burguês, são perseguidas e desarticuladas de forma violenta inibindo manifestações públicas a favor de movimentos revolucionários e impossibilitando a candidatura de opositores ao governo. Os governantes são apoiados pela França e apresentam fortes indícios de corrupção econômica favorecendo a manutenção do império colonialista e do empobrecimento da população africana. Este círculo de domínio persiste entre as ex-colônias francesas, mas encontra resistência interna de jovens e universitários prejudicados com a falta de oportunidades e esclarecidos dos reais motivos da situação do país. O Senegal foi um país com economia mais estável, porém após anos de desvios de dinheiro público e falta de investimentos levaram quase a metade da população a ficar abaixo da linha da pobreza (MORKEN, 2021).

A migração fez parte da história da África e essa mobilidade se tornou maior com a chegada do século XXI. O Senegal é atravessado pelo jugo francês, pelo islamismo, por uma

cultura de dependência colonial e por uma elite corrompida que iniciou uma aproximação com ideias socialistas, mas que sempre sofreu às custas de manter a cultura/raízes, perpetuando privilégios e desigualdades.

O plano de migração de um senegalês não é individual e segue uma organização familiar dos pais ou da esposa e filhos que bancam a viagem estabelecendo uma dinâmica transnacional de envio de dinheiro para complementar a renda ou sustentar quem investiu e ficou no Senegal. O imaginário existente é que fora do país ou da cidade de origem é possível encontrar melhores condições de vida e educação, talvez este fato esteja relacionado a colonização francesa, além disso uma mãe é valorizada em sua comunidade quando tem um filho bem-sucedido na emigração (TEDESCO, 2017; UEBEL, 2016).

Podem ser identificadas algumas diferenças na diáspora e nas características entre haitianos e senegaleses, estes últimos enfrentam o caminho mais longo, perigoso e caro por este motivo os senegaleses migram sozinhos, a maioria são homens e mais da metade tem entre 31 e 50 anos. A maioria das mulheres não participam da econômica no Senegal, porque praticam a religião muçulmana, o que as proíbe também de migrar sozinhas (UEBEL, 2016). O movimento migratório tradicionalmente do Senegal tem várias motivações, está relacionado com a necessidade de mão de obra agrícola em países vizinhos, tradições culturais, reorganizações sociais e oportunidades associadas a crenças religiosas e econômicas (TEDESCO, 2017).

Em relação à educação, os dados da United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) indicam que quase todos os senegaleses possuem o correspondente ao ensino fundamental e médio completos. A atividade empreendedora na imigração tem se destacado como uma das soluções para a impossibilidade de empregos formais de migrantes senegaleses, eles trabalham na venda de produtos e serviços atendendo as demandas dos próprios migrantes compatriotas ou de pessoas que promovem a cultura africana. São os trançados nos cabelos, roupas típicas, alimentação e a promoção de atividades sociais que aproximam os diferentes povos e auxiliam na desconstrução de preconceitos com a população negra e imigrante africana (JOSEPH, 2017).

5. CONCLUSÃO

É com esse pensamento que chegamos à conclusão deste trabalho, ampliando o olhar sobre o que enxergamos no início da pesquisa, foi preciso olhar para o macro, a partir do despertar que o micro nos provocou. Ele nasceu pequeno, inquieto olhando para migrantes e refugiados que estavam nas unidades de saúde e hospitais em busca de informações ou simplesmente apoio. O planejamento inicial deste trabalho era seguir o fluxo do cronograma de execução logo após a aprovação ética, porém dois grandes acontecimentos se colocaram em nossa frente, foram três anos de lutas e lutos. Primeiro o adoecimento de minha mãe com a urgência no cuidar e amar e seguida a pandemia de COVID-19, que parou o mundo e custou mais de 600 mil vidas aqui no Brasil.

Foi preciso parar durante esse tempo e amadurecer a ideia inicial, refletir sobre as lutas históricas pelo fim da escravização, da independência colonial à passagem para a tutela imperial capitalista dos países fora do eixo norte europeu e americano, chamados subdesenvolvidos. Caminho importante para compreender o processo de perda a que as pessoas foram submetidas, mulheres, negros, povos originários e pobres. Saber sobre revoltas, lutas e insurgências à catequização econômica, cultural, social e religiosa impostas pelo colonialismo moderno até os dias atuais. Com isso, tentar compreender como é a saúde de migrantes e refugiados, como é o adoecimento dos que vivem na capital gaúcha e arredores. Foi preciso ir atrás das instituições e voluntários que atendem as demandas geradas emergencialmente e que formam uma espécie de rede de apoio um tanto frágil e incipiente, mas que assim como em 1543, com o início das atividades filantrópicas exercidas pelas Santas Casas, assumiram para si responsabilidades que não interessavam ao estado e muito maiores do que suas possíveis capacidades burocráticas, financeiras, sociais, educacionais e humanas. Avaliamos que os possíveis impactos na promoção da saúde, ainda são pequenos frutos de árvores específicas em meio a imensidão da floresta, há necessidade de uma luta conjunta e maior, há muito por fazer.

“É preciso percorrer os caminhos da história do homem condenado pelos homens e provocar, tornar possível, o encontro de seu povo e dos outros homens”(FANON, 1968, p. 253).

A compreensão das crises que massacraram países e a vida dos sobreviventes que chegaram até aqui no Brasil e no Rio Grande do Sul foi essencial para reconhecer tamanho sofrimento e luta desses povos. Tudo isso justifica tantas ausências, de acolhimento, de trabalho, de amparo e compreensão que reverberam em adoecimentos sem causas biológicas

aparentes e sim humanas, sociais e políticas perceptíveis com um olhar global que a Saúde Coletiva nos permite.

Olhando para as falas dos entrevistados emergiram temas sociais, políticos e econômicos essenciais para o debate sobre a questão complexa que é a mobilidade urbana da população imigrante venezuelana, haitiana e senegalesa mais presentes nesses últimos anos aqui no RS. Se tratava de algo específico e maior que não poderia ser explicado apenas com caracteres binários ou metodologias cartesianas, reduzir este percurso a outros modelos que não o qualitativo, perderia o cuidado e a riqueza de detalhes perceptíveis ao pesquisador. Pensando nisso, quando substituímos os nomes dos entrevistados por outros de personagens reais e integrantes dos movimentos revolucionários de cada país de origem dos migrantes e refugiados representados nesta pesquisa, foi uma tentativa de mergulho na cultura e na luta de cada pessoa que aqui teve sua história compartilhada.

Essa imigração que estamos tratando vem pela falta...de alimentação, moradia, trabalho, educação e qualidade de vida. Chega sem a documentação necessária para viabilizar a entrada ou a permanência no país e o idioma pode ser um grande empecilho na busca de seus principais objetivos. A falta de trabalho aparece como importante determinante social de adoecimento, assim como os fatores que dificultam o acesso a ele. Nesse contexto, analisamos o trabalho e seu papel na construção do ser social individual e coletivo, subjetividade e valor, também as relações de produção, presença do racismo, desigualdade de gênero, a origem e manutenção tanto do acúmulo de capital, quanto do empobrecimento das maiorias, promovido pelo sistema econômico capitalista. Quando identificamos que o trabalho era um tema central para o debate, a escrita ficou mais densa, precisamos revisitar o período feudalista, pré-capitalista para então, chegar ao modelo atual capitalista onde reconhecemos e compreendemos alguns dos mecanismos perversos que sempre foram direcionados aos países colonizados, negros, de África e da América Latina. Foi pelo poder da alienação, da violência, da opressão e da escravização que o capitalismo ditado pela Europa burguesa impôs o ritmo de desenvolvimento tutelado dos países sob seu jugo. Todos esses pontos contribuíram diretamente na construção mais cruel da imagem feminina e do negro, os dois seriam causadores de todos os males existentes. A criação de toda essa fantasia negativa promoveu o apagamento da maior parte da cultura dos povos originários, do modelo de troca, de crenças, da confiança no papel determinante da mulher e do negro na sociedade e substituiu pelo modelo novo, moderno e ainda atuante do branco, masculino e europeu.

Com relação as narrativas relacionadas à saúde de migrantes e refugiados foi possível perceber uma incipiente implicação em atividades de Promoção da Saúde direcionadas à saúde

da mulher, às vezes com escuta qualificada, porém a ação ainda é uma tentativa de aculturação e adaptação ao protocolo de saúde brasileiro. É impossível pensar sobre a saúde de migrantes e refugiados e desconsiderar toda essa pesada bagagem aqui já discutida, além disso soma-se o abandono de seu país, a família deixada para trás ou a pressão de representar toda a esperança possível para quem investiu na incerteza de um destino, isso é o que adocece. Essa ausência é produto do interesse capitalista que atinge o imigrante, o pobre, o negro, a vítima de violência e quem mais estiver vulnerável, logo o corpo reage e se manifesta com doenças físicas ou mentais.

O interesse pelo tema da pesquisa surgiu na percepção da ausência de espaço e preparo dos serviços públicos de saúde para acolher a população imigrante durante o caminho percorrido em nossas vivências de trabalho no SUS. Percebemos que não são os serviços oferecidos pelas instituições públicas que amparam essa população, mas que muitos trabalhadores do SUS, tomados pela aparente responsabilidade e solidariedade procuraram de alguma forma organizar e incluir na rede de cuidado formal ou informal os migrantes. São iniciativas incipientes e limitadas, porém, não menos importantes, que vão em busca de soluções mais pontuais, sem maiores recursos e que é óbvio, não conseguem dar conta de todo o problema por isso, não foi nosso foco questionar os motivos pelos quais os voluntários atuam.

O texto de Franz Fanon (1968) nos enriqueceu de argumentos contrariando o injusto julgamento do africano negro, árabe e do amarelo em relação a suposta limitação intelectual e de adoecimento defendida pelo colonialismo europeu que subjugou o povo ao seu domínio, doutrinação, esvaziamento cultural e humano. O colonizador através da força e violência oprimiu qualquer possibilidade de enfrentamento à escravização e de oposição à alienação. O burguês capitalista disseminou a ordem imperial nas sociedades europeias, alcançando seus objetivos de desenvolvimento e enriquecimento através da extração e uso da mão de obra escrava, retirando a possibilidade de qualquer reação contrária, condenando as terras africanas e colonizadas à miséria, comparando à animalidade e fomentando a violência entre os iguais em nome da sobrevivência. Fanon (1968), apresentou os produtos dessa dominação no desenvolvimento das nações do “Terceiro Mundo” e que impedem até os dias atuais sob diferentes meios de retaliação, o despontar das capacidades coletivas, produtivas, econômicas e intelectuais. A falta de recursos próprios gera a necessidade de se submeter ao jugo europeu e norte americano tornando os países africanos, latino americanos e árabes, reféns do “capitalismo imperial”. Fanon além de ser psiquiatra foi militante e pesquisou casos de adoecimento mental reflexos da luta argelina pela independência francesa, casos em que a condição social impediu a evolução e que o ódio a si mesmo caracterizou conflitos raciais nas nações segregadas, também identificou doenças psicossomáticas relacionadas às violências

sofridas, assistidas ou promovidas pela indiferença e pela restrição de liberdade. Esse contexto de adoecimento como resposta ao sofrimento provocado pela crueldade das relações de poder tratadas pelo insurgente Fanon e por outros autores são os mesmos que os imigrante e refugiados enfrentam e que foram narrados cuidadosamente pelos voluntários entrevistados nesta pesquisa.

É preciso olhar a árvore com cuidado, mas é necessário ir até a floresta e reconhecer o que ela representa e reproduz.

Diante das evidências analisadas concluímos que a doença que o refugiado e o imigrante africano, caribenho ou latino americano possui precisa ser contextualizada como coletiva, social e abusiva às nações jovens, negras e não europeias. O adoecimento está relacionado ao desrespeito histórico, a violência e ao roubo de riquezas naturais e humanas, elas precisam ser identificadas, nomeadas como racismo, xenofobia e intolerâncias a ser enfrentadas pelo Estado de forma sistêmica e internacionalista.

REFERÊNCIAS

- ACNUR. **Dados sobre refúgio no Brasil**. 2017. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/dados-sobre-refugio-no-brasil/>>. Acesso em: 14 fev. 2019.
- ACNUR. Interiorização e Integração no Destino: Rede de Serviços e Apoios do Acnur. **Rede De Serviços E Apoios Do Acnur**, [s. l.], p. 12, 2021. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/04/WEB-Rede-de-Serviços-e-Apoios-do-ACNUR8397.pdf>>
- ACNUR, Agencia Internacional para Refugiados. **Dados sobre Refúgio ACNUR Brasil**. 2018. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>>. Acesso em: 13 fev. 2019.
- ACNUR, Agencia Internacional para Refugiados. **Refugiados Empreendedores**. 2020. Disponível em: <www.refugiadosempreendedores.com.br/contato>.
- AGUIAR, Breno Souza De; NEVES, Helio; LIRA, Margarida M. T. A. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. **Boletim CEInfo Análise**, [s. l.], v. 13, p. 49, 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_13.pdf>
- AGUIAR, Marcia Ernani De; MOTA, André. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 18, n. 50, p. 493–506, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300493&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- ALMA PRETA. **Conheça quem foram as mulheres por trás da Revolução do Haiti**. 2017. Disponível em: <<https://almapreta.com/sessao/quilombo/conheca-quem-foram-as-mulheres-por-tras-da-revolucao-do-haiti>>. Acesso em: 3 ago. 2022.
- ALMEIDA, Rodolfo; ZANLORENSSI, Gabriel. **5 dados sobre a fronteira do Brasil com outros países - Nexo Jornal**. 2018. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/grafico/2018/03/23/5-dados-sobre-a-fronteira-do-Brasil-com-outros-paises>>. Acesso em: 25 mar. 2019.
- ANGELO, TIAGO. **Sanções dos EUA contra a Venezuela causaram perda de 3 milhões de empregos em 5 anos**. 2019. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2019/02/18/sancoes-dos-eua-contr-a-venezuela-causaram-perda-de-3-milhoes-de-empregos-em-5-anos>>.
- BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 7, p. 2097–2108, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 1 fev. 2019.
- BETTO, Frei. **Fidel e a religião. Conversas com Frei Betto**. 8. ed. [s.l.] : Brasiliense, 1985.
- BIRMAN, Joel. A Physys da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, p. 11–16, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/MGJKwBxGS4gZjRMtNMFQ8md/?lang=pt>>

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira et al. Determinação ou determinantes sociais da saúde: Texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 869–897, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000300869&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 1 fev. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações determinadas pelas emendas Constitucionais de revisão nº 1 a 6/94, pelas emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legis**. Brasília: Senado Federal, 1988. v. 1 Disponível em:

<<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/522095>>. Acesso em: 3 fev. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 3 fev. 2019.

BRASIL. Lei 9474 - Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. **Casa Civil . Subchefia para Assuntos Jurídicos**, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9474.htm>. Acesso em: 25 mar. 2019.

BRASIL. As cartas da promoção da saúde. In: **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde., 2002. v. 1p. 56.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**, Brasília, p. 60, 2006. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2019.

BRASIL. **Lei 13204 altera a Lei no 13.019. Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a**

administração pública e as organizações da sociedade civil. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13204.htm>. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. O Papel da assistência social no atendimento aos imigrantes. **Secretaria Nacional de Assistência Social**, Brasília, p. 28, 2016. Disponível em:

<https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Guia/guia_migrantes.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2019.

BRASIL. Lei 13445. Lei das Migrações. **Presidência da República. Secretaria Geral**,

Brasil, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm>. Acesso em: 8 fev. 2019.

BRASIL. **Governo inicia programa de interiorização dos imigrantes venezuelanos —**

Governo do Brasil. 2018. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/cidadania-e-inclusao/2018/04/governo-inicia-programa-de-interiorizacao-dos-imigrantes-venezuelanos>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

BRITTO, Nina; CORÁ, Maria Amelia; SOUZA, Myrt Thania. A imigração no Brasil contemporâneo: as redes na cidade de São Paulo. **Revista Sociais e Humanas**, [s. l.], v. 30, n. 3, 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/Geisa/Downloads/26077-146244-1-PB \(2\).pdf](file:///C:/Users/Geisa/Downloads/26077-146244-1-PB%20(2).pdf)>.

Acesso em: 21 fev. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 31 jan. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1881–1890, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1881.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo De. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil (1988-2008). **Ciencia e Saúde Coletiva**, [s. l.], p. 2305–2316, 2009. Disponível em: <<http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2014/05/desenvolvimento-da-promoo-da-sade-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2019.

CABRAL, AMILCAR. A arma da teoria. In: MANOEL, JONES; FAZZIO, LANDI GABRIEL (Eds.). **Revolução Africana . Uma antologia do pensamento Marxista**. São Paulo: Autonomia, 2019. p. 127–200.

CAMPOS, GW de Sousa. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais eo modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, n. Sup, p. 1865–1874, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 jan. 2019.

CAMPOS, José Luis Monzón; ÁVILA, Rafael Chaves. **The social economy in the European Union European Economic and Social Committee**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <www.eesc.europa.eu>. Acesso em: 25 fev. 2019.

CAPIRE. **Argelia Laya: uma comunista negra contra a corrente**. 2021. Disponível em: <<https://capiremov.org/experiencias/argelia-laya-uma-comunista-negra-contr-a-corrente>>.

CARMO, Michelly Eustáquia Do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 3, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2019.

CAVALCANTI, LEONARDO et al. Relatório Anual de 2018- Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil. **Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais. Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral**, Brasília, p. 157, 2018. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados_anuais/RELATORIO_ANUAL_2018.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CAVALCANTI, Leonardo; OLIVEIRA, Tadeu D. E.; SILVA, Bianca G. Relatório anual do OBMigra 2022. **Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais. Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral**, Brasília, p. 189, 2022. Disponível em:

<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/OBMiGra_2022/RELATÓRIO_ANUAL/Relatório_Anuar_2022_-_Versão_completa_01.pdf>

CHARMAZ, KATHY. **A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

CHERRUAU, Pierre. **Le Sénégal est-il encore un pays francophone?** 2016. Disponível em: <<http://www.slateafrique.com/21377/linguistique-senegal-est-il-encore-un-pays-francophone>>. Acesso em: 29 jul. 2022.

CIBAI. **CIBAI Migrações – Missão Pompeia**. [s.d.]. Disponível em: <<https://missaopompeia.com/sobre/cibai/>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

CONARE, Comitê Nacional de apoio aos Refugiados. **Refúgio em Números 3ª Edição**. Brasília. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/anexos/refugio-em-nasmeros_1104.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

CONILL, Eleonor Minho et al. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 7, p. 2171–2186, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702171&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 1 fev. 2019.

CORIA, CLARA. **El sexo oculto del dinero. Formas de la dependencia femenina**. Buenos Aires: Grupo Edit, 1989.

COSAC, Astrid Sarmiento et al. Saberemos produzir novas manhãs: a pandemia e o trabalho em saúde na expressão das vozes do cotidiano. In: VALDA, Francisca et al. (Eds.). **A Pandemia e o Trabalho em Saúde: vozes do cotidiano**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 144.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, DINA; FREITAS, Carlos Machado De (Ed.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 176.

EL PAIS. **Venezuela chega às eleições regionais como o país mais pobre da América Latina Internacional**. 2019. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2021-11-19/venezuela-che-ga-as-eleicoes-regionais-como-o-pais-mais-pobre-da-america-latina.html#?prm=copy_link>. Acesso em: 30 jul. 2022.

EL PAIS. Sequestro de 17 missionários retrata um Haiti nas mãos de gangues violentas. **19**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2021-10-19/sequestro-de-17-misionarios-retrata-um-haiti-nas-maos-de-gangues-violentas.html#?prm=copy_link>

ESCOREL, Sarah. Exclusão social: fenômeno totalitário na democracia brasileira. **Saúde Soc. São Paulo**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 41–57, 1993. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/1993.v2n1/41-57#>>. Acesso em: 2 fev. 2019.

ESTANISLAU, Lucas. **Bolívar, presente: nascido há 239 anos, libertador segue influenciando a política da Venezuela**. 2022. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2022/07/24/bolivar-presente-nascido-ha-239-anos-libertador-segue-influenciando-a-politica-da-venezuela>>. Acesso em: 6 dez. 2022.

FAGUNDES, HELENARA SILVEIRA. O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais. **Textos & Contextos**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 1–19, 2006.

FANON, Frantz. **Os Condenados da Terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

FANON, Frantz. Racismo e cultura. In: MANOEL, JONES; FAZZIO, Gabriel Landi (Ed.). **Revolução Africana**. 2. ed. São Paulo: Autonomia Literária, 2019. p. 67–103.

FEDERECI, SILVIA. **Calibã e a bruxa:mulheres, corpo e acumulação primitiva**. 1. ed. São Paulo: Elefante, 2017.

FELIX, Organizador; LOPEZ, Garcia. **Perfil das organizações da sociedade civil no Brasil**. Brasília. Disponível em:

<<http://portal.convenios.gov.br/images/docs/CGCAT/manuais/publicacao-IPEA-perfil-osc-Brasil.pdf%3E>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

FERNÁNDEZ, Tomas; TAMARO, Elena. **Biografia de Francisco de Miranda. Em biografias e vidas**. 2004. Disponível em:

<<https://www.biografiasyvidas.com/biografia/m/miranda.htm>>. Acesso em: 5 dez. 2022.

FLEURY, Sonia. Pobreza, desigualdades ou exclusão? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. 1422–1425, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2019.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.

Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 743–752, 2009. a. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2019.

FLEURY, Sonia. Giovanni Berlinguer: socialista, sanitarista, humanista! **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 11, p. 3553–3559, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103553&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 jan. 2019.

FLEURY, Sônia Maria Teixeira. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**, [s. l.], v. 49, n. 4, p. 472–480, 2009. b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a10.pdf>>.

Acesso em: 2 fev. 2019.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da

gestão em rede. **Rev. Port. Bras. Gestão**, [s. l.], v. 11, n. 2–3, p. 74–83, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642012000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2019.

FOX, MICHAEL. **O custo humano das sanções à Venezuela**. 2019. Disponível em:

<<https://www.dw.com/pt-br/o-custo-humano-das-sanções-à-venezuela/a-50666756>>.

FREIRE, Paulo. **Educação e Tecnologia. Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. v. 21

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. suppl 2, p. S214–S226, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400011&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 13 jan. 2019.

GARCIA, José Pascual Mora. La Maestra Argelia Mercedes Laya López . Aportes al

imaginario afrodescendente venezolano (1926 - 1997). **Revista Historia Latinoamericana**, [s. l.], v. 18, n. 27, p. 13–34, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/869/86948470002/html/>>

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. suppl 2, p. S251–S266, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 8 fev. 2019.

GOHN, Maria Da Glória. Participação de representantes da sociedade civil na esfera pública na América Latina. **Política & Sociedade**, [s. l.], v. 10, n. 18, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2011v10n18p233/17542>>

GOLDBERG, Alejandro; MARTIN, Denise; SILVEIRA, Cássio. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 19, n. 53, p. 229–232, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200229&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 13 fev. 2019.

GRANADA, Daniel et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 21, n. 61, p. 285–296, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200285&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 5 fev. 2019.

GUERRA, Katia; VENTURA, Miriam. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 123–129, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000100123&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 5 fev. 2019.

ISEROV, Andrey. Francisco de Miranda. **Oxford Research Encyclopedia of Latin American History**, [s. l.], 2019. Disponível em: <<https://oxfordre.com/latinamericanhistory/view/10.1093/acrefore/9780199366439.001.0001/acrefore-9780199366439-e-745>>

JAMES, Cyril Laonel Robert. **Os jacobinos negros. Toussaint L’Ouverture e a revolução de São Domingos**. 1 ed Rev ed. São Paulo: Boitempo, 2010.

JAROCHINSKI SILVA, Joao Carlos; MACADO BOGUS, Lucia Maria; GIMENEZ JAROCHINSKI SILVA, Stefanie Angelica. Os fluxos migratórios mistos e os entraves à proteção aos refugiados. **Revista Brasileira de Estudos de Populacao**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 15–30, 2017. Disponível em: <<https://rebep.org.br/revista/article/view/837>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

JOSEPH, Handerson. A historicidade da (e) migração internacional haitiana . O Brasil como novo espaço migratório. **PERIPLOS**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 7–26, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/348557986_A_historicidade_da_emigracao_internacional_haitiana_O_Brasil_como_novo_espaco_migratorio>

JUNIOR, Nivaldo Carneiro; et al. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. **BiS: Boletim do Instituto de Saúde**,

- [s. l.], v. 13, p. 177–181, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n2/v13n2a11.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2019.
- LANDER, Edgardo. Notas sobre a implosão da Venezuela rentista. In: **O eclipse do progressismo: a esquerda-latino americana em debate**. São Paulo: Elefante, 2018. p. 248.
- LANZA, Líria Maria Bettiol et al. Imigrantes nos territórios: problematizações sobre intervenções profissionais nas políticas de seguridade social. **Revista Katálisis**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 271–280, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000200271&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 6 fev. 2019.
- LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. suppl 1, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/>>. Acesso em: 11 fev. 2019.
- LEITE, Fábio Bellucci; et al. O papel da Unidade Básica de Saúde como agente de inclusão social de imigrantes bolivianos em uma região da Cidade de São Paulo. **Prefeitura de São Paulo. Secretaria da Saúde**, [s. l.], p. 5, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/Geisa/Downloads/O-papel-da-UBS-como-agente-de-inclusão-social-de-imigrantes-bolivianos-Cidade-de-São-Paulo.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- LOPES, Maria do Socorro Vieira et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 461–468, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300007&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 29 jan. 2019.
- LYON, ROB. **As gangues do Haiti e o fracasso da burguesia**. 2021. Disponível em: <<https://www.marxismo.org.br/as-gangues-do-haiti-e-o-fracasso-da-burguesia/>>. Acesso em: 30 jul. 2022.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1799–1809, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601799&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 31 jan. 2019.
- MANOEL, JONES; LANDI, GABRIEL. **Revolução Africana: Uma antologia do pensamento Marxista**. São Paulo: Autonomia Literária, 2019.
- MANSUR, Yasmine Santos; TEODÓSIO, Armindo dos Santos de Sousa. Participação das organizações da sociedade civil na cooperação Sul/Sul: em busca de um modelo de análise nos estudos em administração. **Cad. EBAPE.BR**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 676–694, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v14n3/1679-3951-cebape-14-03-00676.pdf>>
- MARCO, DANIEL. **Quais as consequências das sanções dos EUA para a economia da Venezuela?** 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-41060655>>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- MARINI, Ruy Mauro. Dialética da dependência. **Germinal Marxismo e educação em debate**, SALVADOR, p. 325–356, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/24648/15300>>
- MARMOT, Michael et al. WHO European review of social determinants of health and the

health divide. **The Lancet**, [s. l.], v. 380, n. 9846, p. 1011–1029, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612612288?via%3Dihub>>. Acesso em: 4 jan. 2019.

MARTES, Ana Cristina Braga; FALEIROS, Sarah Martins. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 59–72, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200008&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 5 fev. 2019.

MARTIN, Denise; GOLDBERG, Alejandro;; SILVEIRA, Cássio. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 26–36, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100026&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 3 fev. 2019.

MARTINEZ HOYOS, Francisco. Londres, capital de América: Francisco de Miranda y sus proyectos emancipatorios. **Diálogos rev. electr. hist**, [s. l.], v. 14, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-469X2013000200004>

MARTINS, Aline Blaya. Efeitos da Covid 19 nas populações em áreas vulneráveis nos centros urbanos: territórios periféricos em movimentos, lutos e lutas. In: VALDA, Francisca et al. (Eds.). **A Pandemia e o Trabalho em Saude vozes do cotidiano**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 144.

MATOS, Ralfo; LOBO, Carlos. Migração como indicador de democracia, sobrevivência econômica e necessidades básicas especiais. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, [s. l.], v. 20, n. 38, p. 213–232, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-85852012000100013&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 dez. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 3 fev. 2019.

MONTHLY REVIEW. **Mulheres na Revolução Haitiana**. 2022. Disponível em: <<https://mronline.org/2022/01/10/women-in-the-haitian-revolution/>>. Acesso em: 3 ago. 2022.

MORKEN, BEN. **Ira insurrecional irrompe no Senegal**. 2021. Disponível em: <<https://www.marxismo.org.br/ira-insurrecional-irrompe-no-senegal/>>. Acesso em: 30 jul. 2022.

MOTT, Maria Lucia. **Gênero, medicina e filantropia**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a04>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

OBMIGRA. **Apoio ao Migrante -Rio Grande do Sul**. 2016. Disponível em: <<http://obmigra.mte.gov.br/index.php/apoio-ao-migrante/apoio-migrante-rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

OLIVEIRA, Antonio Tadeu Ribeiro De. Nova lei brasileira de migração: avanços, desafios e

ameaças. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 171, 2017. Disponível em: <<https://rebep.org.br/revista/article/view/1082>>. Acesso em: 7 fev. 2019.

ONU. **Carta das Nações Unidas**. São Francisco. Disponível em: <www.nacoesunidas.org/carta/cij>. Acesso em: 13 fev. 2019.

ONU. **O Sistema ONU (Organograma).pdf**, 2011. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/12/organograma.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

OVIDEO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biosocial. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 19, n. 53, p. 237–249, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 jan. 2019.

PEREIRA, Alexandre Branco. Aculturalidade e hiperculturalidade : entre saberes e crenças em um serviço de saúde mental para imigrantes e refugiadas. **Revista @ntropologia da UFScar**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 256–279, 2020.

PERES, Roberta Guimarães. Mulheres na fronteira: imigração e gênero. In: **Migrações Internacionais**. São Paulo. v. 9p. 256.

PORTELLA, Maria Emília. **Prefeitura abre Centro de Referência aos Imigrantes**. 2021. Disponível em: <<https://prefeitura.poa.br/smds/noticias/prefeitura-abre-centro-de-referencia-aos-imigrantes>>. Acesso em: 10 fev. 2023.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/z7jxb/pdf/rabello-9788575413524.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

RAGNINI, Elaine Cristina Schmitt; SERATHIUK, Cláudia Georgiára; GUERRA, Ana Sofia dos Santos Lima. A clínica Psicanalítica com Refugiados e Migrantes. **Movimentos, memórias e refúgio: ensaios sobre as Boas Práticas da Cátedra Sérgio Vieira de Mello (ACNUR) na Universidade Federal do Paraná.**, Curitiba, p. 122–129, 2020. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/01/UFPR_Movimentos-Migratórios-e-Refúgio_Boas-Práticas-da-CSVM-da-UFPR.pdf>

REUTERS. **Brazil quits U.N. migration pact, will still take in Venezuelan refugees: source**. 2019. Disponível em: <<https://www.reuters.com/article/us-brazil-migration/brazil-quits-u-n-migration-pact-will-still-take-in-venezuelan-refugees-source-idUSKCN1P22G0>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. **O perfil dos imigrantes no RS segundo o Sismigra , a RAIS e o Cadastro Único. Nota Técnica 40**. Porto Alegre. Disponível em: <<https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/24142804-nota-tecnica-perfil-dos-imigrantes-do-rs-1.pdf>>.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; COSTA, Ana Maria; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Justiça social, democracia com direitos sociais e saúde: a luta do Cebes. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. 116, p. 5–10, 2018. Disponível em: <<http://www2.camara.>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **A Mulher na Sociedade de Classes: mito e realidade**. Petrópolis: Vozes, 1976.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFIOTTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Safiotti Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTA CASA. **Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre**. 2019. Disponível em: <<https://www.santacasa.org.br/noticias/2019/2/13/santa-casa-recebe-doacao-para-a-construcao-de-nova-emergencia-sus>>. Acesso em: 22 fev. 2019.

SANTANA, Carmen. Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 11, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001107001&lng=pt&tlng=pt>

SANTOS, Jaqueline; SEVERO, Eliana Andréa. Responsabilidade social das empresas nas práticas das organizações da sociedade civil em cidades do norte do Rio Grande do Sul. **Revista Ciências Administrativas**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 1–16, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Geisa/Downloads/Santos_Severo_2018_Responsabilidade-Social-das-Em_50104.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2019.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização do pensamento único à consciência universal**. 20. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

SANTOS, Rufino Alessandra. Estratégias de inserção das imigrantes venezuelanas no contexto urbano de Boa Vista/RR. In: **Gênero e sexualidade: lugar, história e condições**. Ponta Grossa: Atena, 2022. p. 176–189.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

SILVA, Carlos Eduardo Guerra. Gestão, legislação e fontes de recursos no terceiro setor brasileiro: uma perspectiva histórica. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 44, n. 6, p. 1301–1325, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/dmgXfwLTwhKpbCpHxgnpqcx/?format=pdf&lang=pt>>

SILVA, Anaxsuell Fernando Da; LALANE, James Berson. Migração haitiana e direitos humanos: o acesso à saúde pública em região de fronteira no Brasil. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 8, n. 9, p. e05891248, 2019.

SILVA, Sidney. Imigração e redes de acolhimento : o caso dos haitianos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 99–117, 2017. Disponível em: <<https://rebep.emnuvens.com.br/revista/article/view/873>>

SOARES, João Paulo. **Há 236 anos nascia Simón Bolívar, o libertador da América**. 2019. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2019/07/24/ha-236-anos-nascia-simon-bolivar-o-libertador-da-america>>. Acesso em: 5 dez. 2022.

SOBOTTKA, Emil A. Organizações civis. **Civitas - Revisita de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 81–95, 2002. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/742/74220106.pdf>>

STORIES, HISTORY. **Como Toussaint Louverture saiu da escravidão para liderar a**

revolução haitiana. 2021. Disponível em: <<https://www.history.com/news/toussaint-louverture-haiti-revolution>>. Acesso em: 3 ago. 2022.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEDESCO, João Carlos. A imigração senegalesa dimensões históricas ,econômicas e socioambientais econômicas e socioambientais. In: **História ambiental e migrações: diálogos [online].** São Leopoldo: UFFS, 2017. p. 237–257.

TRICONTINENTAL. A insurreção popular haitiana e a nova fronteira imperial. **Dossiê #8 do Tricontinental,** [s. l.], v. 8, 2018. Disponível em: <https://www.thetricontinental.org/wp-content/uploads/2018/09/180905_Dossier_8_PT_Final_Web.pdf>

UEBEL, Roberto Rodolfo Georg. Panorama e Perfil da Imigração Senegalesa no Rio Grande do Sul no início do Século XXI. **Boletim Geográfico do Rio Grande do Sul,** [s. l.], v. 28, n. Setembro, p. 56–77, 2016.

UNESCO. **Relatório de Monitoramento Global de Educação.** 2012. Disponível em: <<https://www.education-inequalities.org/countries/haiti>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

VASCONCELOS, ANA MARIA NOGALES; BOTEGA, Tuíla. **Política migratória e o paradoxo da globalização.** Porto Alegre, RS.

VENTURA, Deisy. Mobilidade humana e saúde global. **Revista USP,** [s. l.], n. 107, p. 55–64, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115113>>

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; YUJRA, Verônica Quíspe. **Saúde de migrantes e refugiados.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

VÉRAN, Jean-François; NOAL, Débora da Silva; FAINSTAT, Tyler. Nem Refugiados, nem Migrantes: A Chegada dos Haitianos à Cidade de Tabatinga (Amazonas). **Dados. Revista de Ciências Sociais,** [s. l.], v. 57, n. 4, p. 1007–1041, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582014000401007&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 11 fev. 2019.

VIEIRA, Naldeir dos Santos; PARENTE, Cristina; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. “Terceiro setor”, “economia social” e “economia solidária”: laboratório por excelência de inovação social. **Sociologia,** [s. l.], n. tematico7, p. 100–121, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-34192017000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 dez. 2018.

VIEIRA, Rosa. O governo da mobilidade Haitiana no Brasil. **Mana,** [s. l.], v. 23, n. 1, p. 229–254, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132017000100229&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 11 fev. 2019.

VILAS BOAS, PATRICIA. **Migrantes sem direitos. Em 10 anos, quase 900 pessoas são resgatadas do trabalho análogo à escravidão na Grande SP.** 2021. Disponível em: <<https://www.agenciamural.org.br/especiais/em-10-anos-quase-900-pessoas-sao-resgatadas-do-trabalho-analogo-a-escravidao-na-grande-sp/>>. Acesso em: 2 fev. 2022.

VINUTO, Juliana. A Amostragem Em Bola De Neve Na Pesquisa Qualitativa : Um Debate Em Aberto. **Temáticas,** [s. l.], v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

WALDMAN, Tatiana Chang. Movimentos Migratórios Sob a Perspectiva Do Direito À Saúde: Imigrantes Bolivianas Em São Paulo. **Direito Sanitário,** [s. l.], v. 12, p. 90–114, 2011.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13239/15054>>. Acesso em: 6 fev. 2019.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2019.

ZACARIAS, Gabriel Ferreira. **No espelho do terror: JIhad e espetáculo**. São Paulo: ELEFANTE, 2018.

APÊNDICE 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO****ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, _____,
Cpf _____ que ocupo a atividade de _____ na
instituição _____ conheço
o Protocolo de pesquisa intitulada **Saúde de imigrantes e refugiados em Porto Alegre: Quem se importa?** tendo como Pesquisadora Responsável e orientadora a Profª Drª. Aline Blaya Martins de Santa Helena e pesquisadora assistente a mestranda Geisa Neutzling de Moraes.

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a realização desta pesquisa.

_____, ____/____/____.

Assinatura e carimbo

Obs.: A finalidade deste documento é atestar que a Direção/Coordenação da organização tem ciência e autoriza a realização do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **Saúde de imigrantes e refugiados em Porto Alegre: Quem se importa?**

Nome da Principal Pesquisadora e Orientadora: **Professora Dra. Aline Blaya Martins de Santa Helena**

Nome da Pesquisadora Assistente e mestranda: **Geisa Neutzling de Moraes**

Nome da Instituição: **Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS Programação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva**

Você está sendo convidada(o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade identificar o trabalho de Promoção da Saúde em Organizações da Sociedade Civil que apoiam imigrantes e refugiados além da interação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e políticas públicas de saúde. Poderão participar os trabalhadores de Organizações da Sociedade Civil de Porto Alegre e da região metropolitana que atuam com imigrantes e refugiados.

Sua participação é voluntária. Ao participar deste estudo você permitirá que a pesquisadora possa entender a participação das Organizações da Sociedade Civil na Promoção da Saúde de imigrantes e refugiados e a possível conexão com o SUS e políticas públicas de saúde. Você tem liberdade de se recusar a participar ou não continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem risco de qualquer prejuízo ou penalização. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Será realizada 1 (uma) entrevista por participante, terá como local de realização a própria sede da OSC. Cada entrevista terá duração aproximação de 50 minutos e será áudio gravada e transcrita, ao final da pesquisa você terá livre acesso ao seu conteúdo e poderá discuti-la com a pesquisadora se assim o desejar.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade, contudo a entrevista poderá lhe causar mobilização de afetos, dispêndio de tempo, quebra de sigilo e confidencialidade.

Todas as entrevistas serão armazenadas sem identificação do nome do entrevistado, que ganhará um codinome para maior segurança. Os arquivos serão armazenados em HD externo

durante dois anos, e após esse período serão deletados. Mesmo assim, estaremos atentos para eventuais quebras de sigilo e confidencialidade por parte dos pesquisadores, seremos vigilantes para que este risco seja minimizado.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possa trazer informações importantes sobre a participação das organizações sociedade civil no acolhimento e apoio aos imigrantes e refugiados no Rio Grande do Sul, bem como a participação em Políticas Públicas de Saúde.

A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos e apresentar para as organizações participantes da pesquisa. Além disso, ao final da pesquisa serão submetidos artigos para eventos, periódicos e revistas científicas relevantes ao tema.

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu,

de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Assinatura da (o) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora (o)

_____, _____ de _____ 2019.

Pesquisadora Principal: Aline Blaya Martins de Santa Helena

Telefone: (51) 3308-5200

Email: ppgsc@ufrgs.br

Comitê de Ética em Pesquisa: CEP/UFRGS

Telefone do Comitê: 3308-3738

APÊNDICE 3 - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

1. Quem procura a instituição? Como isso acontece? Quantos são atendidos? Onde? Por que são os atendidos?
2. De que forma vocês se comunicam?
3. De que formas a instituição e a equipe contribuem para a saúde destas pessoas?
4. Quem são os profissionais que atuam na instituição? Quantos são? São contratados ou são voluntários? Por que essas pessoas fazem isso?
5. Vocês recebem alguma preparação ou formação profissional? Como é feita? Quem prepara? Por que?
6. Existe algum contato ou parceria com instituições? Como funciona esse contato?
7. Existe alguma troca de informação ou interação com o Sistema Único de Saúde (SUS)? Como acontece? Em que situações? Por que?
8. Vocês identificam que realizam práticas de orientação, acolhimento e cuidado que possam melhorar as condições de vida/saúde das pessoas que procuram a instituição? De que formas?
9. Vocês identificam diferenças culturais e religiosas? Como identificam? Existe alguma orientação ou formação para agir nessas situações? Por que?
10. Vocês conversam sobre racismo? Como acontece? O que falam sobre preconceito? O que falam sobre discriminação? Como são os relatos de preconceito? Quais são?
11. Como existe é o planejamento para seguir acompanhando o imigrante ou refugiado?
12. Como acontece as discussões das ações da instituição e das redes parceiras sobre imigração e refúgio? Participa de algum comitê, fórum na cidade ou fora da cidade?
13. Quem contrata? Quem determina o que cada um faz aqui? Você sabe a origem dos recursos para as atividades? Existe orçamento? Sabe quem paga os salários?
14. Existe algo a acrescentar e que eu não perguntei?
15. Se fosse para deixar uma mensagem ao mundo sobre isso: Qual seria?