

ISSN: 2594-7443



PÉRIPILOS

Revista de Pesquisa sobre Migrações

MIGRAÇÕES E SAÚDE:

Perspectivas Situadas

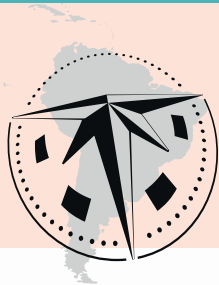
Volume 07 – Número 02 (2023)

Coordenadores:

Eugenia Brage,
Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
Universidade de São Paulo, Brasil

Regina Yoshie Matsue,
Departamento de Medicina Preventiva,
Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Itzel Eguiluz,
Tecnológico de Monterrey, México



PÉRIPILOS

PÉRIPILOS - Revista de Pesquisa sobre Migrações é uma publicação do Grupo de Trabalho Migração Sul-Sul do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO) em colaboração com o Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), da Universidade de Brasília (UnB, Brasil).

ISSN: 2594 7443

http://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos

Tel. +55 61 3107-6039, periplosrism@gmail.com

Volume 07, Número 02, 2023

COMITÊ EDITORIAL

Editores-chefes

Leonardo Cavalcanti (UnB, Brasil)

Claudia Pedone (CONICET, UBA, Argentina)

Carolina Rosas (CONICET, UBA, Argentina)

Conselho editorial

Ana Inés Mallimaci Barral, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Carmen Gómez, Facultad Latino-Americana de Ciencias Sociales. FLACSO, Ecuador

Carmen Ledo, Universidad Mayor de San Simón, Bolivia

Caterine Galaz Valderrama, Universidad de Chile, Chile

Iskra Pavez Soto, Universidad Bernardo O'Higgins, Chile

María Margarita Echeverri Buritica, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Karin de Pecs e Fusaro, Universidade de Brasília, Brasil

Lorena Pereda Córdova, Observatório das Migrações Internacionais, Brasil

María Fernanda Barrera Rodriguez, Universidad Autónoma de Barcelona, España

Clara Piqueras, Universidad Autónoma de Barcelona, España

Editora executiva

Karin de Pecs e Fusaro (UnB, Brasil)

Editoras assistentes

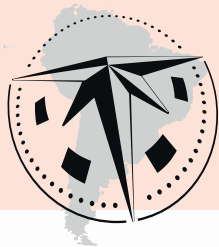
Lorena Pereda Córdova (OBMigra, Brasil)

Maria Fernanda Barrera Rodriguez (UAB, Espanha)

Clara Piqueras (UAB, Espanha)

Designer

Vitoria de Oliveira Fernandes do Carmo (UnB, Brasil)



PÉRIPILOS

COMITÊ CIENTÍFICO

Adriana Piscitelli, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Alfonso Hinojosa Gordonava, Universidade Mayor de San Simon, Bolívia

Amarela Varela Huerta, Universidade Autônoma da Cidade do México, México

Anna Perraudin, Faculdade de Sociologia do Centre Nationale de la Recherche Scientifique, França

Antônio Tadeu de Oliveira, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Brasil

Bela Feldman-Bianco, Universidade Estatal de Campinas, Brasil

Carlos Eduardo Siqueira, Universidade de Massachusetts, Estados Unidos

Cristina Vega, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, FLACSO, Equador

David Cook Martin, Universidade de Nova York, Estados Unidos

Denise Fagundes Jardim, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Eduardo Domenech, Universidade Nacional de Córdoba, Argentina

Helion Povoá Neto, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Leticia Calderón Chelius, Instituto Mora, México

Marcio Sergio Batista Silveira de Oliveira, Universidade Federal do Paraná, Brasil

María Inés Pacecca., Universidade de Buenos Aires, Argentina

María José Magliano, Universidade Nacional de Córdoba, Argentina

Martha Cecilia Ruiz, FLACSO-Ecuador, Equador

Mirza Aguilar Pérez, Benemérita Universidade Autônoma de Puebla, México

Mónica Laura Vázquez Maggio, Universidade Autônoma do México, México

Ninna Sorensen, Instituto Dinamarquês de Estudos Internacionais, Dinamarca

Patricia Eugenia Zamudio Grave, Centro de Pesquisa e Estudos Superiores em Antropologia Social-Golfo, México

Peggy Levitt, Wellesley College e Universidade de Harvard, Estados Unidos

Pilar Riaño Alcalá, Universidade da British Columbia, Canadá

Sandra Leiva Gómez, Universidade Arturo Prat, Chile

Sandro Mezzadra, Universidade de Bologna, Itália

Soledad Álvarez Velasco, Universidade de Houston, Estados Unidos

Sònia Parella, Universidade Autônoma de Barcelona, Espanha

Sumário

- Pág. 5** **Migración y salud: perspectivas situadas**
Eugenia Brage, Regina Yoshie Matsue y Itzel Eguiluz
- Pág. 15** **O bem-viver e as práticas de cuidado com pessoas em deslocamento**
Rodrigo Lages e Silva, Simone Mainieri Paulon, Suellen Ferreira Luz, Isadora Manfredi Marques e Jenny Ylerat
- Pág. 39** **Mulheres Migrantes e o SUS: Desafios do cuidado como direito**
Rocio del Pilar Bravo Shuña e Luis Guilherme Galeão-Silva
- Pág. 63** **O processo diagnóstico transcultural: notas autoetnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiados em São Paulo**
Luciana de Andrade Carvalho, Samuel Frota Cunha, Caio Augusto Feola y Alexandre Branco Pereira
- Pág. 96** **Migración y Chagas: representaciones sociales de los equipos de salud**
Andrea Avaria-Saavedra y Caterine Galaz Valderrama
- Pág. 121** **Sendo “Doutor” no exterior: brasileiros estudando Medicina na Argentina**
João Alfredo Xavier de Freitas e Wilson Mesquita de Almeida
- Pág. 145** **Contribuições do trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde na atenção psicossocial oferecida a imigrantes**
Júlia de Souza Lopes, Gustavo da Silva Machado e Lucienne Martins-Borges
- Pág. 177** **Perfil sociodemográfico das populações migrantes vinculadas à Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre (RS)**
Fabian Scholze Domingues e Isabella Martins Carpentieri
- Pág. 209** **Mulheres haitianas no sistema de saúde brasileiro: a importância da interpretação comunitária**
Susana Martínez Martínez, Kenderloude Siméon e Gabriela Carvalho Teixeira
- Pág. 231** **Análise comparativa do acesso à atenção pré-natal das mulheres migrantes internacionais e brasileiras: o caso de Francisco Morato, São Paulo, Brasil**
Bernardo Portela e Sílvia Bastos
- Pág. 257** **Condiciones de vida de la población migrante venezolana en situación irregular y percepciones sobre la respuesta sanitaria brindada durante la pandemia de SARS-CoV-2 en Chile**
Daniel Larenas-Rosa, Báltica Cabieses, Irene Torres, Andrés Cubillos-Novella y Juan Arroyo

Migración y salud: perspectivas situadas

Migração e saúde: perspectivas situadas

Eugenia Brage¹
Regina Yoshie Matsue²
Itzel Eguiluz³

La proliferación de perspectivas y epistemologías feministas interseccionales y decoloniales ha sido central en la ruptura con el positivismo científico occidental así como también con la hegemonía del llamado "Norte Global" en la producción de conocimiento. Contrariamente a la pretensión de neutralidad de la ciencia occidental que habla desde "ningún lugar" (Abu-Luhod, 1991; Haraway, 2009), las epistemologías feministas han venido mostrando que el conocimiento es siempre parcial (Haraway 2009) y posicionado ya que surge de un cuerpo, un tiempo y un lugar.

A partir de estos señalamientos es posible introducir el presente número temático, tanto en lo que refiere al impulso que lo gestó, como a las reflexiones que pretende generar. Partiendo de la idea de que la teoría está siempre posicionada en algún lugar y escrita por alguien, buscamos reactualizar debates iniciados en la década de 1970 respecto de la crítica feminista de la ciencia (Harding, 1986). Esta crítica giraba en torno a cuestiones que permanecen vigentes: el androcentrismo en las ciencias y la ausencia de mujeres en la actividad científica, la propia idea de objetividad y neutralidad, así como la veracidad del dato producido; esto último vinculado a la división naturaleza-cultura, sexo, género, etc. (Haraway, 2009; Strathern, 2017). De la mano de estos cuestionamientos también se ha problematizado el foco en la mujer lo cual se expresa en las corrientes de pensamiento queer/cuir que han logrado desestabilizar estas normas y que han fundado críticas radicales en torno a los binomios antes mencionados. Hoy en día, estos debates

¹ Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). E-mail: eugebrage@gmail.com
Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-0297-105X>

² Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo. E-mail: rymatsue08@unifesp.br

Red académica: <https://orcid.org/0000-0001-5552-7051>

³ Tecnológico de Monterrey, México. E-mail: im.eguiluz@gmail.com. Red académica: <https://www.researchgate.net/profile/Itzel-Eguiluz>

establecen agendas propias y producen fisuras en la lógica científica, al mismo tiempo que revigorizan la discusión al interior de las ciencias sociales y humanas, estimulando la producción de un conocimiento situado, corporal y geopolíticamente localizado.

La propuesta de un número temático sobre migración y salud desde perspectivas situadas, surgió como una invitación a romper con la tendencia reduccionista que deriva en un victimismo cruento sobre las vidas ajenas, así como también, con la crítica radical a la permanente biologización de los cuerpos. Buscamos incentivar la producción de conocimiento atenta y posicionada respecto de quién/es escriben sobre quién/es, respecto de con quién/es pensamos, sobre cómo nos afectamos (Favret-Saada, 2005) y sobre la responsabilidad por la diferencia en campos materiales y semióticos de significado, reconociendo los puntos de vista diferentes sobre estas temáticas, es decir, su parcialidad (Haraway, 2009).

Parafraseando a Dona Haraway (1995), defendemos una práctica de hacer ciencia que privilegie la contestación, la deconstrucción, las conexiones en red y la esperanza en la transformación de los sistemas de conocimiento y las formas de ver a los demás. Y para que esto suceda, es necesario que haya una “distancia apasionada” que requiere algo más que una parcialidad y una autocrítica reconocidas. También debe privilegiarse el punto de vista de quienes no son reconocidos, pero que representan conocimientos poderosos para la construcción de un mundo menos organizado por ejes de dominación (Matsue, 2022). De este modo, la perspectiva situada sobre la articulación entre migración y salud que propusimos como motor de este número, buscó alinear discusiones que se planteen desde la localización que habitamos y que permitan un diálogo transfronterizo sobre parcialidades, vivencias diversas y modos diferentes de abordar estos procesos estructurales que no son ni lejanos ni mucho menos aislados, sino que remiten a la “proximidad socio-política” con el/la otro/a (Jimeno, 2005), ejercitando, de este modo, nuestra impronta periférica (Cardoso de Oliveira, 2003). A su vez, este ejercicio nos coloca, ineludiblemente, delante de un desafío de construcción de agendas transfronterizas -y transfeministas- que potencialicen nuestra mutuo entendimiento.

Tanto la migración como la salud, son procesos constitutivos de nuestras experiencias y, por lo tanto, son procesos encarnados e interconectados. Las personas que coordinamos este número estamos atravesadas por experiencias de movilidad, es decir, hemos vivido o vivimos desplazamientos migratorios. A su vez, como la mayoría de las personas, nuestras vidas están repletas de historias de (in)movilidad, sea interna o internacional. Y lo mismo sucede cuando nos referimos a los procesos de salud, padecimientos, atención y cuidados: nos atraviesan, nos transbordan, nos contornan. Retomando la extendida definición de Eduardo Menéndez (2003), se trata de procesos estructurales, presentes en toda sociedad que expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico, sino condiciones económicas y culturales que se procesan a través de diferentes formas de enfermar, curar y morir.

Desde esta perspectiva, estos procesos constituyen actividades constantes que se llevan a cabo por parte de sujetos/as y grupos de manera autónoma y que, a su vez, representan un paso necesario en la implementación de otras formas de atención, lo cual refleja la capacidad de agenciamientos y saberes locales. De esto deriva el hecho de que “la salud no puede ser pensada de manera fragmentada y aislada de los territorios y los mundos sociales en los cuales las personas desarrollan su vida” (Brage, 2023, p. 41), que incluye tanto dimensiones materiales como simbólicas. Esto nos conduce por un camino de comprensión crítica sobre aquello que Dora Barrancos (2019) en “Salud Feminista, Soberanía de los cuerpos, poder y organización” menciona acerca del constreñimiento que producen las viejas concepciones acerca de los procesos de salud-enfermedad, las cuales reducen los cuerpos a su biología y, consecuentemente, producen una ceguera cognitiva que omite, al mismo tiempo, que el cuerpo y la enfermedad se producen en prácticas concretas (Mol, 2002).

De esta manera, entendemos que las búsquedas terapéuticas están ancladas en procesos locales y que exceden los servicios de salud (Brage, 2020) puesto que suponen itinerarios (Demétrio, de Santana y Pereira-Santos, 2020), agenciamientos (Tavares, 2017), mallas (Bonet, 2014) y praxis terapéuticas (Brage, 2023) que se tejen en mundos de vida particulares y que no necesariamente se movilizan para resolver un problema de salud. Como apuntaron Demétrio et al. (2020), estos itinerarios y búsquedas de cuidados también se accionan en un sentido “positivo” de salud que no remite, necesariamente a la ausencia de enfermedad, como es el caso de las personas trans que buscan acceder a hormonización y/o cirugías de afirmación de género (Pérez, 2019).

Así como cuando hablamos de salud, no nos estamos refiriendo a la ausencia de enfermedad, cuando hablamos de migración, no lo hacemos refiriendo exclusivamente a un movimiento material, sino, también a su dimensión inmaterial y simbólica en la cual se incluye la propia (in)movilidad, la espera, la estasis y el no movimiento (Brage, 2020b). De esta manera, cuando pensamos en los procesos de (in)movilidad, debemos considerar que estos también se anclan en mundos de vida particulares, a pesar de su relación con las macroestructuras que pueden impulsar o no un desplazamiento.

Estas formas de concebir los procesos de salud, padecimientos, atención y cuidados cobran aún mayor relevancia al referirnos a las nuevas dinámicas migratorias sur-sur que han superado a los flujos sur-norte (Baeninger, 2018), así como también al aumento vertiginoso de los desplazamientos forzados (Ventura y Quispe, 2019). Nuevos desafíos se presentan al ampliar la mirada sobre las movilidades entendiendo que estas no responden a un único factor y que, mucho menos, definen de manera exclusiva a una persona. Y aquí, una vez más, la perspectiva interseccional, en tanto herramienta analítica (Hill Collins, 2020), nos proporciona posibilidades de comprensión que lleven en consideración diferentes variables de género, raza, sexualidad, nacionalidad, discapacidad, entre muchas otras.

Destacamos la presencia predominante de mujeres (cis) en los hospitales y centros de salud y el refuerzo institucional permanente para que esto se mantenga (Brage, 2020). No obstante, abogamos por un entendimiento más amplio de las divisiones binarias de género, incentivando a romper con esta lógica de la división sexual del trabajo. Y aquí, quizá un punto débil del número temático se refleja en la falta de investigaciones que aborden los procesos de migración y salud desde ópticas no cis-heterosexuales. ¿Cuál es la importancia de estos abordajes? Fundamental. Tal como señala An Millet (2020) en su libro “Cissexismo y Salud”, es necesario “dar vuelta (y desplazar) la lupa” (p. 21) para mirar el cissexismo. Asimismo, como apunta Moira Pérez (2019), repensar la salud a partir de epistemologías queer, implica, de por sí, una visión más amplia sobre la propia idea de soberanía de los cuerpos al incluir una visión de la vulnerabilidad y la interdependencia como claves de la vida humana.

Estas perspectivas son ejemplos de producción de conocimiento situado, crítico y que, corriendo el foco de la mirada victimista, permiten cuestionar las estructuras opresoras. En este sentido, vale mencionar que el concepto de sufrimiento social (Kleinman, Das y Lock, 1997) ha sido relevante para comprender la salud y la enfermedad en el contexto migratorio, ya que refiere una amplia variedad de experiencias de dolor, trastornos, violencia, estrés postraumático y enfermedades atravesadas por la violencia estructural (Farmer, 2001), no como meros problemas médicos o psicológicos, sino como resultado de lo que el poder político, económico e institucional hace a las personas y, recíprocamente, de cómo estas formas de poder influyen en las respuestas a los problemas sociales. Con relación a esto último es importante remarcar que, si bien reconocemos que las estructuras sociales ejercen un peso sobre los modos de enfermar, curar y morir, al teñir las subjetividades de desigualdad y sufrimiento (Das, 2006), no debemos dejar de lado el hecho de que las personas son protagonistas de sus procesos de transformación en sus propias vidas y que estas crean formas particulares de enfrentar el peso que las estructuras les imponen para hacer “habitable la cotidianidad”. En este sentido, siguiendo a Das, es necesario considerar que aún en contextos de sufrimiento, violencia e injusticia, las personas también generan nuevos contextos. Es desde este lugar que se torna relevante el estudio de mundos cotidianos en tanto espacios de disputa y agenciamiento (Brage, 2020a).

Hemos recibido artículos adecuados al tema y que, en diálogo con la propuesta, componen en su conjunto, un retrato de un momento específico de producción de conocimiento, en donde convergen miradas, perspectivas, intereses, búsquedas, afectos e incomodidades. De este modo, el número temático expone un conjunto de trabajos que configuran parcialidades en torno a discusiones contemporáneas sobre migración y salud mostrando, a su vez, la heterogeneidad de los abordajes, que incluyen metodologías cualitativas, cuantitativas, revisiones bibliográficas, etnografías, trabajos que articulan sentires-pensares desde diferentes localizaciones. Así, se ofrece un pantallazo de perspectivas diversas -siempre parciales- sobre este campo de conocimiento, aún emergente, que articula la salud y las migraciones.

Los trabajos que componen este número presentan diferentes dimensiones de los procesos de salud enfermedad y cuidados, teniendo en cuenta, tanto los modos de resolución institucional como las experiencias de personas migrantes en este navegar por los servicios. Cada uno de los artículos reflexiona sobre situaciones y hechos puntuales que atraviesan las personas migrantes, así como las personas que trabajan en ámbitos públicos, sean centros de referencia para migrantes o centros de salud, y los dilemas que surgen en el trabajo asistencial.

Las coyunturas políticas, los contextos históricos, las desigualdades que se enfrentan en los contextos de migración, atraviesan los artículos, en los cuales emergen las voces migrantes, las miradas médicas, las tensiones que se dan en los ámbitos institucionales y entre estos y los espacios sociales. Por su parte, la coyuntura se deja entrever a través de cada una de las contribuciones. Son tiempos de turbulencia (¿cuándo no?), incertidumbre económica y política en el mundo. Y no olvidemos que estamos viviendo la post pandemia que ha sido el gran evento global que nos atravesó –aunque de manera diferente- a todxs. La pandemia ha sido devastadora, es cierto, pero también nos ha mostrado la capacidad de organización, gestión y movilización desde los territorios (Brage, 2023), lo que desarma también la idea de fronteras y permite pensarse más allá de ellas en términos simbólicos, imaginables.

En este sentido, creemos que no es casual la predominancia de artículos provenientes de la psicología y la psiquiatría, así como las problematizaciones a nociones arraigadas como salud mental, trauma y trastornos, que expresan una preocupación contemporánea y una crisis epistemológica que remite a las formas de nombrar experiencias existenciales y de producir mundos de vida. ¿Qué es la salud?, ¿qué es la enfermedad?, ¿cómo las personas resuelven sus afecciones, sus dolencias?, ¿qué es el dolor?, ¿qué son el sufrimiento o la tristeza? También llaman a observar, como dice Fernando Colina (2019), la intolerancia con la que la abordamos. No hay dudas de que estas experiencias están ancladas en contextos macroestructurales, que el sufrimiento se produce situada y contextualmente, que las afecciones se resuelven, también de manera localizada y en función de los horizontes existenciales (Brage, 2020a).

Este número temático reúne trabajos que, alineados con estas discusiones, trajeron distintas formas de situarse, de posicionarse, de escritura y de práctica narrativa, asumiendo que el hecho de situarse no es nunca un proceso de estasis, como no lo es tampoco la perspectiva interseccional. Vale la pena detenerse en este punto: el conocimiento situado, al contrario de lo que muchas veces se supone, no refiere únicamente a la voz subalterna, siendo que la subalternidad es también, contextual, así como lo son las intersecciones de género, raza, clase. Esto, tal vez, es lo que Dona Haraway (2009) ha intentado transmitir al respecto de las perspectivas parciales como esencialmente posicionadas.

En el primer artículo de este número, titulado "O bem-viver e as práticas de cuidado com pessoas em deslocamento" de Rodrigo Lages e Silva, Simone Mainieri Paulon, Suellen Ferreira Luz, Isadora Manfredi Marques y Jenny Ylerat, se problematiza cómo se aplican las nociones de salud mental y bienestar en las prácticas de cuidado y en la interpretación de las experiencias de los migrantes, lo que resulta insuficiente para abordar la integralidad, complejidad y diversidad de los procesos afectivos. Hacen énfasis en cómo, incluso las formas, por más que intentan no ser medicalizantes, terminan siéndolo. Señalan, por lo tanto, la necesidad de comprender la vida de manera situada y arraigada en los territorios.

El segundo artículo, "Mulheres Migrantes e o SUS: Desafios do cuidado como direito" escrito por Rocio Bravo Shuña y Luis Guilherme Galeão-Silva, presenta un análisis interseccional de las experiencias de las mujeres migrantes en el acceso y la utilización de los servicios de salud en Brasil, específicamente en el Sistema Único de Salud. Consideran los desafíos que enfrentan estas mujeres, así como el contexto de la pandemia. Utilizando una perspectiva teórico-metodológica feminista interseccional, reflexiva y situada, los autores identifican lagunas en las políticas de salud que deben abordarse y fortalecerse en la atención a las personas migrantes, así como situaciones de racismo y xenofobia perpetradas por profesionales de la salud. El análisis interseccional plantea reflexiones importantes para este número, al considerar las diversas experiencias de opresión y privilegio que enfrentan las personas migrantes en el acceso a los servicios públicos.

El tercer artículo, titulado "O processo diagnóstico transcultural: notas autoetnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiados em São Paulo", de autoria de Luciana de Andrade Carvalho, Samuel Frota Cunha, Caio Augusto Feola y Alexandre Branco Pereira, adopta una perspectiva auto etnográfica centrada en la visión del profesional médico en un contexto de diagnóstico psiquiátrico para una migrante nigeriana igbo, en un ambulatorio del Programa de Psiquiatría Social y Cultural del Instituto de Psiquiatría del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (IPq-HCFMUSP). El análisis busca generar reflexiones teórico-epistemológicas que fundamenten la práctica médica en el mencionado ambulatorio. Los/las autores/as presentan y cuestionan las categorías diagnósticas de trastornos de personalidad como algo individual, señalando la necesidad de considerar también las especificidades socioculturales. De esta manera, el artículo resalta que la experiencia clínica debe estar compuesta por múltiples fuentes de conocimiento en la búsqueda de la construcción de estrategias colectivas y una red de atención.

El cuarto artículo, "Migración y Chagas: representaciones sociales de los equipos de salud", de Andrea Avaria-Saavedra y Caterine Galaz Valderrama, hace un análisis sobre cómo los equipos de trabajo en salud reproducen discursos que no integran determinantes de la salud ni las realidades de las comunidades con las que trabajan. Transforman así a la comunidad

en “los otros”, jerarquizando los conocimientos y asumiendo que deberían comprender lo que se les dice, retomando aquí el concepto de determinismo cultural.

El quinto artículo, de João Alfredo Xavier de Freitas e Wilson Mesquita de Almeida, “Sendo “Doutor” no exterior: brasileiros estudando Medicina na Argentina”, busca comprender las razones por las cuales un número creciente de jóvenes brasileños/as emigran a Argentina para estudiar Medicina. Los resultados de la investigación señalan tanto a los condicionantes estructurales y coyunturales de la sociedad brasileña como a las perspectivas personales de los/las estudiantes, de los/las cuales, la mayoría pertenecen a sectores medios y bajos, motivados/as por las dificultades que enfrentan en Brasil. Estas se vinculan a la competencia en las universidades públicas y al alto costo de las privadas, fenómeno que caracterizan como parte de una fuga al extranjero. Muestran, asimismo, que los y las estudiantes están interconectados a través de las redes sociales incluso antes de emigrar, lo que facilita la circulación de información entre ellos/as. Resaltan, asimismo, las dificultades que enfrentan para regresar y ejercer su profesión en Brasil, lo cual implica engorrosos y costosos trámites de revalidación de diplomas.

Basado en la teoría de etnopsiquiatría y psicología comunitaria, en el sexto artículo, titulado “Contribuições do trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde na atenção psicossocial oferecida a imigrantes”, Júlia de Souza Lopes, Gustavo da Silva Machado y Lucienne Martins-Borges proponen reflexiones sobre el cuidado psicosocial ofrecido a migrantes en Brasil. A través de una investigación cualitativa realizada con Agentes Comunitarias de Salud (ACS) en Florianópolis, el estudio muestra la labor de la psicología con inmigrantes centrada en el territorio, considerando el entorno en el que se establecen las relaciones e interacciones. Esta perspectiva reconoce que los efectos de la migración son complejos y diversos, involucrando aspectos de la vida de los y las migrantes y de la sociedad que los acoge. Por lo tanto, sugieren que estos efectos deben ser abordados mediante una atención interprofesional basada en la comunidad, teniendo en cuenta los aspectos culturales y los conocimientos tradicionales de los y las migrantes como una posibilidad de inclusión en el país de acogida.

El séptimo artículo, “Perfil sociodemográfico das populações migrantes vinculadas à Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre (RS)”, de Fabian Scholze Domingues y Isabella Martins Carpentieri, presenta el perfil sociodemográfico de migrantes y refugiados/as que se atienden en el Sistema Único de Salud (SUS) en Porto Alegre. Además, el artículo presenta “buenas prácticas” llevadas a cabo por el Área Técnica de Salud del Inmigrante de la SMS/POA, con el objetivo de respaldar políticas públicas para el acceso de las poblaciones migrantes a la atención médica pública.

En el octavo artículo, “Mulheres haitianas no sistema de saúde brasileiro: a importância da interpretação comunitária”, Susana Martínez Martínez, Kenderloude Siméon y Gabriela Carvalho Teixeira, señalan cómo la interpretación comunitaria puede facilitar el acceso a la atención médica y

mejorar la atención a las mujeres haitianas en la red de salud pública del Distrito Federal de Brasil. El material de análisis proviene de observaciones participantes realizadas por las autoras en la atención y el seguimiento, actuando como mediadoras sociolingüísticas y transculturales de estas mujeres en diversos servicios de salud desde el 2019. La investigación indica la importancia de incorporar la interpretación comunitaria en los servicios del Sistema Único de Salud (SUS) como una forma de promover el acceso y la inclusión en la red y en los servicios de salud, así como el diálogo entre las usuarias y los profesionales.

El noveno artículo, “Análise comparativa do acesso à atenção pré-natal das mulheres migrantes internacionais e brasileiras: o caso de Francisco Morato, São Paulo, Brasil”, de Bernardo Portela e Sílvia Bastos, exploró comparativamente información cuantitativa relacionada al seguimiento prenatal y al parto realizado entre las mujeres migrantes y brasileñas residentes en el municipio de Francisco Morato en el período del 2012 a 2022. Los resultados señalan la existencia de desigualdades sociales en salud entre mujeres nacionales y migrantes, especialmente en el contexto de la atención prenatal. Muestran así que las mujeres migrantes tienen un nivel educativo más bajo y un acceso tardío a los servicios de seguimiento prenatal, con un número reducido de consultas, desigualdades que tienen un impacto negativo en las condiciones de vida y salud de las mujeres migrantes.

Finalmente el décimo artículo “Condiciones de vida de la población migrante venezolana en situación irregular y percepciones sobre la respuesta sanitaria brindada durante la pandemia de SARS-CoV-2 en Chile” de Daniel Larenas-Rosa, Báltica Cabieses, Irene Torres, Andrés Cubillos-Novella y Juan Arroyo, busca identificar las percepciones sobre la situación de la población migrante venezolana en situación irregular durante la pandemia de COVID-19 en Chile y las estrategias que responden a sus necesidades de salud. Si bien identifican algunas barreras, reconocen estrategias de acceso a atención y cobertura, capacitación del personal y difusión de información realizadas en el país.

Este Número Temático emerge en un marco de luchas y resistencias que demandan, en la línea de los transfeminismos, agendas transfronterizas. En este sentido, “Migración y salud: perspectivas situadas” es una invitación a continuar tejiendo estos horizontes que transbordan las fronteras. El GT Clacso “Migraciones y fronteras sur-sur” es un ejemplo de este complejo entretejido en el cual las parcialidades dialogan. La revista Périplos, es también un marco que nos posibilita seguir tendiendo puentes. Les deseamos, sin más, una excelente lectura y que inspire aún mejores reflexiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abu-Lughod, Lila (1991). "Writing against Culture." In *Recapturing Anthropology: Working in the Present*, ed. R. G. Fox, 137–62. Santa Fe, NM: School of American Research Press.

Baeninger, Rosana et al. (Coords.) *Migrações Sul-Sul /-* Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População "Elza Berquó" – Nepo/Unicamp (2a edição). 2018. p, 976.

Bonet, Octavio (2014) Interações E Malhas Para Pensar Os Itinerários De Cuidado. A Propósito De Tim Ingold. *Sociologia & Antropologia* [online], v. 4, n. 2 pp. 327-350.

Brage, Eugenia (2020a). «Itinerarios terapéuticos desarrollados por madres de niños y niñas con cáncer en Argentina ». *Cuadernos De antropología Social*, n.º 52

Brage, Eugenia (2020b) *Espera e imobilidade: agenciamentos cotidianos no espaço pandêmico transnacional*. Ponto Urbe, 27 | DOI: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.9857>

Brage, Eugenia (2023). Migración y salud: reflexiones a partir de una etnografía en centros de salud en São Paulo, Brasil, y Buenos Aires, Argentina, durante la pandemia de COVID-19. *TRAVESSIA - Revista Do Migrante*, 1(95), 39–56.

Colina, Fernando. (2019). *Foucaultiana*. La Revolución Delirante.

Collins, Patricia Hill (2020) *Interseccionalidade*/Patricia Hill Collins, Sirma Bilge ; tradução Rane Souza. - 1. ed. - São Paulo : Boitempo, 2020.

Das, Veena (2006). *Life and Words Violence and the Descent into the Ordinary*. Berkeley: University of California Press

Demétrio, Fran, Santana, Elvira Rodrigues de e Pereira-Santos, Marcos (2020). O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate* [online], v. 43, n. spe7 <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>.

Farmer, Paul (2001). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, Volume 45, Number 3.

Favret-Saada, Jeanne (2005). Ser afetado. Tradução de Paula Siqueira. *Cadernos De Campo* (São Paulo 1991), 13(13): 155-161. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v13i13p155-161>

Fundación Soberanía Sanitaria (2019) *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. 1era Ed Ciudad Autónoma Buenos Aires: Tinta Limón

Haraway, Donna (2009). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 7-41.

Harding, Sandra (1986). *The Science Question in Feminism*. Cornell University Press. 271

Jimeno, Myriam (2005). La vocación crítica de la antropología latinoamericana. *Antípoda N 1*.

Kleinman, Arthur, Das, Veena, Lock, Margaret M. (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, . p. 67-91.

Matsue, Regina (2022). Corpos duplamente dissidentes: a condição da migrante brasileira no Japão. *Cadernos Pagu*, (65) 1-17.

Menéndez, Eduardo (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 8 (1) 185- 207.

Millet, Ann (2020). *Cissexismo y Salud. Algunas ideas desde otro lado*. Editorial Puntos Suspensivos, Colección Justicia Epistémica.

Mol, Annemarie. (2002), *The body multiple: Ontology in medical practice*. Carolina del Norte: Duke University Press

Oliveira, Roberto Cardoso de. (1993). O movimento dos conceitos na antropologia. *Revista De Antropologia*, 36, 13-31. <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.1993.111381>

Pérez, Moira (2019) Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En: *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. 1era Ed Ciudad Autónoma Buenos Aires: Tinta Limón

Strathern, Marilyn (2017). *O efeito etnográfico e outros ensaios*. Coordenação editorial: Ferrari, Florencia. Tradução: Dullei, Iracema; Pinheiro, Jamille; Valentini, Luísa. . São Paulo: Cosac Naify, 2014. 576p.

Tavares, Fátima (2017). Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. *Mana* [online], v. 23, n. <https://doi.org/10.1590/1678-49442017v23n1p201>.

Ventura, Deisy de Freitas Lima e Yujra Quispe, Verónica (2019). *Saúde de migrantes e refugiados*, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p. 116 (Coleção Fazer Saúde)

Lages e Silva, Rodrigo, Paulon, Simone Mainieri, Luz, Suellen Ferreira, Marques, Isadora Manfredi e Ylerat, Jenny (2023). O bem-viver e as práticas de cuidado com pessoas em deslocamento. *PERIPLOS. Revista de Investigação sobre Migrações*, 7(2), 15-38.

O bem-viver e as práticas de cuidado com pessoas em deslocamento

Buen vivir y prácticas de cuidado con personas en desplazamiento

Rodrigo Lages e Silva¹
Simone Mainieri Paulon²
Suellen Ferreira Luz³
Isadora Manfredi Marques⁴
Jenny Ylerat⁵

RESUMO

O artigo busca problematizar o modo como certas noções de saúde mental e bem-estar se atualizam em práticas de cuidado e são empregadas para interpretar os desafios das experiências migrantes. Discutimos o uso do conceito de saúde mental e de sofrimento psíquico, seja em um modelo biomédico e psiquiátrico, seja em uma perspectiva ampliada de saúde, mostrando suas aproximações e distanciamentos em relação a noção de “bem-viver” presente em algumas críticas decoloniais. Para tanto, distinguimos criticamente o conceito de bem-viver do conceito de “saúde mental” e de “bem-estar”. Propomos, alternativamente e em diálogo com experiências de coletivos interseccionalmente minoritarizados, em especial por razões de gênero, o conceito de bem-viver, para argumentar a favor de uma política integral de cuidado que não condicione a atenção das políticas públicas à conversão dos participantes aos sentidos e valores hegemônicos no país de acolhida.

Palavras-chave: Bem-viver. Mulheres. Migração. Saúde mental. Sofrimento psíquico.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lagesesilva@gmail.com
Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-6948-2824>

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: simone.paulon@ufrgs.br
Red académica: orcid.org/0000-0002-0387-1595

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: suferreiraluz@gmail.com
Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-1725-1346>

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: isadoramanfredimarques@gmail.com
Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-2421-5650>

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jennylerat95@gmail.com
Red académica: <https://orcid.org/0009-0001-4701-4018>

RESUMEN

El artículo busca problematizar cómo ciertas nociones de salud mental y bienestar se actualizan en las prácticas de cuidado y se utilizan para interpretar los desafíos de las experiencias de los migrantes. Discutimos el uso del concepto de salud mental y sufrimiento psíquico, ya sea en un modelo biomédico y psiquiátrico, ya sea en una perspectiva ampliada de la salud, mostrando sus similitudes y diferencias en relación a la noción de “buen vivir” presente en algunas críticas decoloniales. Para ello, distinguimos críticamente el concepto de buen vivir del concepto de “salud mental” y “bienestar”. Proponemos, alternativamente y en diálogo con las experiencias de colectivos interseccionalmente minoritarios, especialmente por razones de género, el concepto de buen vivir, para argumentar a favor de una política de atención integral que no condicione la atención de las políticas públicas a la conversión de los participantes a los sentidos y valores hegemónicos en el país anfitrión.

Palabras clave: Buen vivir. Mujer. Migración. Salud mental. Sufrimiento psíquico.

APRESENTAÇÃO

A experiência de migração, especialmente no que se tem chamado de “migrações de crise” (Moreira e Borba, 2001) também referidas como migrações forçadas (ACNUR, 2016) vem despertando preocupações no campo da saúde em relação à prevalência de transtornos psíquicos (principalmente depressão, ansiedade e estresse pós-traumático) ou de sofrimento psicológico associados a esses fenômenos de deslocamento humano⁶. Entendemos que independentemente da utilidade contextual ou estratégica das terminologias psiquiátricas e mesmo das antipsiquiátricas, a discussão sobre os efeitos subjetivos, isto é, a um só tempo relacionados aos afetos e aos modos de vida, precisa recuar um passo e perspectivar-se a partir de olhares, discussões, operadores éticos, e outras ferramentas críticas significativas para os grupos envolvidos, isto é, para as pessoas em deslocamento.

O termo “sofrimento social” (Kleimann, 1997) tem sido proposto pela antropologia médica e pela psiquiatria transcultural como alternativa a uma captura da experiência de sofrimento pela ótica ocidental em suas

⁶ Para essa pesquisa não entendemos que a diferenciação entre refugiados, apátridas, migrantes e solicitantes de asilo seja relevante. Apenas a distinção entre migração histórica e migração de crise ou forçada. O termo pessoas em deslocamento também tem uma abrangência que aqui nos interessa explorar.

bases biomédicas. A noção de sofrimento social historiciza os fatores de adoecimento ou de agravo a uma vida potente e afirmativa, demonstrando a indissociabilidade dos fatores estruturais sociais, econômicos e políticos da produção de uma vida difícil e diminuída em sua expressão autônoma, segura e recompensadora. Porém, a palavra ou o conceito que evoca essa forma de vida afrontada por um sofrimento socialmente produzido não é universalmente compartilhada. O termo saúde, em seu sentido mais leigo e herdeiro de uma medicina moderna (Bedrikow e Campos, 2015) costuma estar imediatamente associado ao binômio saúde-doença e, nesse sentido, à ausência de doença. O termo bem-estar, por seu turno, parece remeter a um sentido circunstancial, em proximidade a uma lógica patrimonial de conforto e de segurança, ou seja, como elementos que se pode possuir a partir de atos de consumo ou por meios econômicos. Andrews e Withney (1976) concebem o bem-estar como a percepção que o indivíduo tem sobre diversas dimensões de sua vida avaliados de “delighted” até “terrible”, agrupadas em diversos níveis, que vão da saúde física à satisfação com o governo, pesquisa da qual derivou uma escala de bem-estar percebido. Mas nesta concepção, o bem-estar não parece associado a uma ética de vida ou projeto comum. Em função das controvérsias que cercam tais compreensões, buscamos, neste estudo, problematizar o modo como certas noções, mais especificamente de saúde mental e bem-estar, se atualizam em práticas de cuidado e são empregadas para interpretar os desafios das experiências migrantes. Compreendendo a insuficiência desses conceitos para expressar a dimensão de integralidade componente do migrar, apontamos a necessidade de um sentido para o viver que seja construído situadamente, com referência territorial.

A noção de saúde mental na tradição de uma psiquiatria ocidental, consolidada no paradigma dos manuais de classificação médica, ao estilo DSM-V, organizado a partir da sintomatologias que reforçam as noções de “transtornos” e de “resiliências”, vem sendo tensionada por paradigmas clínico-filosóficos mais contemporâneos que demandam ampliação das compreensões de saúde reduzida à ausência de doenças (Bedrikow e Campos, 2015; Giacoia Jr, 2020). Nesta perspectiva de uma Clínica Ampliada ter saúde mental remeteria mais à capacidade de uma pessoa lançar mão de repertórios existenciais variados, de flexibilizar estratégias singulares de produção de saúde, do que de indicadores padrão de comportamentos negativos que, quando recorrentes ou prevalentes, configuram um transtorno psíquico (Paulon, Protazio e Tschiedel, 2018).

No Brasil, a política pública de saúde mental, a partir da constituição do SUS e da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001 assumiu um caráter antimanicomial, especialmente até 2016, quando um movimento de retrocesso se instaurou. Amarante e Nunes (2018) apontam à importância da participação dos movimentos sociais na construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, identificando a potência democratizante e instituinte do movimento que resultou na Lei 10.216 e na resistência fundamental ao desmonte promovido pela “instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, [no qual] o SUS e a RP passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos” (pp. 2073). Apesar de ainda não ter logrado despsiquiatizar

o sofrimento psíquico, posto que o diagnóstico psiquiátrico e a prescrição médica continuam sendo dispositivos estruturais na atenção à saúde mental, os avanços produzidos na esteira da consolidação do SUS acrescentou outras perspectivas a esse campo, tais como a de clínica ampliada e compartilhada, a de atenção integral à saúde, a de apoio em rede (Brasil, 2009; Amarante e Nunes, 2018).

Entre as concepções arduamente conquistadas nos mais de 30 anos de luta antimanicomial brasileira, talvez a mais fundamental seja o modo de atenção psicossocial que se realiza em práticas que favoreçam os encontros, que amplifiquem a diversidade dos modos de viver, que pautem suas ações pela escuta à singularidade de cada vida rigorosamente única em seu sofrimento e possibilidades terapêuticas (Paulon, Protazio, Tschiedel, 2018, pp. 9).

O processo de desinstitucionalização da loucura e a reforma psiquiátrica antimanicomial, enfim, vem problematizando conceitos e práticas de forma a não dissociar o “mental” do físico e do social, o individual do comunitário, o psicológico do político. Ao analisar o circuito dos afetos no campo das adições, por exemplo, Kinoshita (2021) alerta para esta concepção indissociável relação corpo-mente ao assinalar: “Os afetos ou emoções não são modificados pela razão, e sim pela força de outro afeto ou emoção. Por isso, o saber, o entendimento racional das consequências prejudiciais do consumo de uma droga, não incide na dinâmica dos afetos” (Kinoshita, 2021, pp. 25).

Nesta perspectiva, a pesquisa que aqui compartilhamos, propondo articulações entre os campos da saúde mental e dos processos migratórios, aponta à insuficiência dos termos utilizados na bibliografia dessas duas áreas de conhecimento para expressar os sentidos para uma vida boa ou “saudável” que alguns migrantes conhecem.

Fizemos a opção na montagem dessa pesquisa pela discussão em torno de um termo que tem sido empregado por alguns grupos autodeclaradamente decoloniais⁷. Indígenas, afrodescendentes, mulheres, quilombolas, pessoas que vivem em ocupações urbanas, dentre outros grupos, têm utilizado o termo bem-viver para falar em nome daquilo que buscam e que cultivam para si e para os outros. O bem-viver é um termo que também vem sendo utilizado na filosofia ocidental, porém com sentidos que entendemos serem diferentes desse que grupos mais negativamente afetados pelo colonialismo nos apresentam. Por isso, vamos iniciar por contextualizar essas diferenças na conceitualização do bem-viver, posteriormente passamos à discussão que realizamos, por meio de uma revisão narrativa da literatura sobre saúde mental e migração, no intuito de compreender como pessoas

⁷ Ou anti-coloniais, ou des-coloniais, ou contra-coloniais, não vamos fazer essa discussão nesse momento pois ela não é fundamental para os nossos objetivos.

em migração vêm percebendo a dita “atenção em saúde mental” e suas práticas. Na sequência fazemos uma apreciação da relação entre migração e interseccionalidade, notadamente a partir de perspectiva de gênero, a fim de pensarmos a dimensão estratégica do bem-viver no contexto dos deslocamentos humanos forçados.

BEM-VIVER, POLÍTICA, CORPO E TERRITÓRIO

A questão da eudaimonia na filosofia clássica grega indica a preocupação com os fundamentos morais e éticos de uma vida boa (Hursthouse, 1999). Como deve ser vivida a vida, em termos da conduta, dos hábitos, das escolhas e dos sentidos, de tal modo que ela seja ética? Como deve ser cultivada a razão para que ela instrua as tendências e as inclinações? É suficiente ter um bom gênio (daimon) ou é necessário ter fatores externos associados (riqueza, poder)? A discussão sobre o bem-viver tal como aparece nos fundamentos do pensamento ocidental é centrada no indivíduo e na racionalidade, no cidadão e suas escolhas, no sujeito e nas suas volições. Esse tema de interesse reaparece na filosofia moderna com Adorno, retomado por Butler (2018) o qual, segundo a autora, aponta uma incompatibilidade da vida boa⁸ com a estruturação histórico-econômico-política do viver. Para o filósofo “a vida errada não pode ser vivida corretamente” (Adorno, 1974 apud Butler, 2018, pp. 217). Na apreciação crítica dessa perspectiva a autora chama atenção ao fato de que esse ponto de vista ainda conserva uma posição individualista e racionalista da busca pela vida boa:

Na verdade, a questão presume ainda que há um eu que tem o poder de colocar a questão reflexivamente, e que eu também apareço a mim mesma, o que significa que posso aparecer dentro do campo da aparência que está disponível para mim. Para que a questão seja viável, aquele que questiona deve ser capaz de buscar qualquer resposta que surja. Para que a questão abra um caminho que eu possa seguir, o mundo deve ser estruturado de tal forma que minha reflexão e ação não só sejam possíveis, mas eficazes. Se devo deliberar sobre a melhor maneira de viver, então tenho que presumir que a vida que procuro seguir pode ser afirmada como uma vida, que posso afirmá-la, mesmo que não seja afirmada de forma mais geral, ou mesmo sob aquelas condições quando nem sempre é fácil discernir se há uma afirmação social e econômica da minha vida. Afinal, esta vida que é minha é refletida de volta para mim de um mundo que está disposto a atribuir o valor da vida diferenciadamente, um mundo no qual minha própria vida é mais ou menos valorizada do que a de outros. Em outras palavras, esta vida que é minha reflete para mim um problema de igualdade e poder e, mais amplamente, a justiça ou injustiça da alocação de valor (Butler, 2018, p. 217).

⁸ Usamos vida boa e bem-viver como sinônimos, optando pelo primeiro termo quando para manter a literalidade das referências originais.

Butler (2008) nos incita a tomar a dimensão crítica que vem acompanhando o conceito de vida boa, aproveitando a preocupação de Adorno, mas sob outra ótica, na qual as condições dessa crítica não equivale ao ato do intelecto e da enunciação discursiva, mas se apresentam como insistência do viver e como aparição pública, em outras palavras, como performance. Para algumas vidas cuja existência é tomada como objeto de combate por uma biopolítica, na ótica da autora em consonância com Foucault, e que nós acrescentamos são objeto de necropolítica (Mbembe, 2018), o simples fato de manterem-se vivas e existindo no espaço público já é uma forma de crítica. Como afirma a autora: “a crítica da ordem biopolítica é uma questão viva para mim, e na medida em que o potencial para viver uma vida boa está em jogo, também está a luta para viver, e a luta para viver dentro de um mundo justo” (Butler, 2018, p. 33).

A filósofa feminista faz, nesse sentido, dissonância com outra filósofa, Hannah Arendt, para quem a convivência e a sobrevivência não seriam suficientes para um bem viver, pois apenas remetem à ordem do privado e do corpo, domínios pensados por Arendt, a partir de Sócrates, como a-políticos.

Para Arendt, a sobrevivência não era, e não deveria ser, uma meta em si mesma, já que a própria vida não era um bem intrínseco. Somente a vida boa torna a vida digna de ser vivida. Ela resolveu esse dilema socrático muito facilmente, mas talvez com demasiada rapidez, ou assim me parece.(...) No entanto, uma vez que qualquer concepção do político deve levar em conta que o funcionamento do poder demarca o político do pré-político, e como a distinção entre o público e o privado atribui valor diferenciado a diferentes processos de vida, temos que recusar a definição arendtiana, ainda que isso nos dê muito a avaliar. Ou melhor, temos que tomar a distinção de Arendt entre a vida do corpo e a vida da mente como ponto de partida para pensar em um tipo diferente de política corporal (Butler, 2018, p. 217).

Butler, portanto, entende que o corpo dessas pessoas sujeitas a processos de extermínio é já em si político, posto que sua sobrevivência afronta as lógicas mortíferas que produzem a vida indigna.

Para nossos propósitos, a pista indicada por Butler (2018) é valiosa, no sentido de que abre uma perspectiva de bem-viver que pode auxiliar em políticas de cuidado com pessoas migrantes, especialmente políticas de atenção à saúde, dita mental, na medida em que compreende o caráter político da insistência em viver e em buscar a vida boa. Também com a autora, temos a noção de “aparição” no espaço público. Butler (2018) enquanto modalidade de crítica aos fenômenos mortíferos e adoecedores dos modos de viver atravessados pelo capitalismo contemporâneo. O que nos conduz na direção de uma política de cuidado com a pessoa migrante que aposte na sua presença pública e na sua mobilidade na vida urbana e institucional no país de acolhida, algo que já chamamos em outro texto de “co-moções” (Luz

e Lages, 2022) em contraposição à atenção em saúde mental, no mais das vezes individualizante e privatizante, pois centrada num sofrimento privado e numa terapêutica individual. E é com outro grupo social cuja insistência em viver, em não se deixar exterminar, e cuja presença-performance coletiva no espaço público é desde sempre política, os indígenas, que buscamos mais uma pista para conceituar o bem-viver.

Para Takuá (2019) o termo Teko Porã “Viver Bem” oriundo da perspectiva Guaraní é um conceito “filosófico, político, social e espiritual” (Takuá, 2019, p.6) e só pode ser pensado quando se imagina a realidade como uma teia na qual tudo está interligado de uma maneira viva. O desconhecimento dessa realidade interconectada dos seres leva ao Teko Vai “Mal viver” e está associado com as práticas ocidentais de busca de um viver sempre melhor, entendido como conforto e como posse de bens, as quais desconhecem ou descuidam do viver cotidiano no qual a experiência de sentido para a vida pode emergir.

O conceito do bem viver busca ser, por si só, transcultural. Isso porque ele não se utiliza da forma de pensar, ser e agir de uma determinada comunidade em especial, mas busca sua construção em diferentes partes do planeta, por diversas etnias, raças, povos, comunidades e populações. Por mais que tenha a sua origem em comunidades amazônicas e andinas, se observam práticas com o mesmo sentido acontecendo em diferentes partes do mundo. Para Alberto Acosta, autor do livro “O Bem Viver, uma oportunidade para imaginar outros mundos”:

o Bem Viver é uma filosofia em construção, [...] está presente nas mais diversas culturas. Está entre nós, no Brasil, com o teko porã dos guaranis. Também está na ética e na filosofia africana do ubuntu – “eu sou porque nós somos”. Está no ecossocialismo, em sua busca por ressignificar o socialismo centralista e produtivista do século 20. Está no fazer solidário do povo, nos mutirões em vilas, favelas ou comunidades rurais e na minga ou mika andina. Está presente na roda de samba, na roda de capoeira, no jongo, nas cirandas e no candomblé. Está na Carta Encíclica *Laudato Si'* do Santo Padre Francisco sobre o Cuidado da Casa Comum (Acosta, 2016, p. 14).

Além disso, o autor aponta o bem viver como, por um lado, um caminho a ser construído e, por outro, uma realidade já existente. Algo a ser construído no sentido de que, como sociedade macro, ainda temos muito a trilhar em busca de uma descolonização das formas de vida e relação com o outro. A construção desses “bons conviveres”, outra variação do termo utilizada pelo Acosta (2016) busca “uma reconstrução utópica do futuro a partir da visão andina e amazônica” (Acosta, 2016, p. 66), que deve ser pensada e conquistada coletivamente como projeto de vida solidário e sustentável. Porém, não se pode excluir as práticas e vivências que resistem (e re-existem) nesse contexto. Deve-se levar em consideração não apenas o destino, mas o percurso que se toma para alcançá-lo. A utopia do Bem viver não é possível na sociedade capitalista, mas isso “não significa que o capitalismo deve

ser totalmente superado para que, só depois, o Bem Viver possa se tornar realidade” (Acosta, 2016, pp. 25).

É esse sentido holístico para a vida que identificamos, até o presente momento na pesquisa, como sendo um dos fatores que deixam as pessoas migrantes com um sentimento de “sem lugar”, “sem propósito”, “sem futuro”, elementos que a psiquiatria e a psicologia vem traduzindo como doença mental e como sofrimento psíquico. Os contextos de migração, no presente, produzem essa desconexão com uma comunidade de valores e com um território de sentidos para a vida, de modo que é mais do que um acontecimento circunscrito à dimensão psicológica que está em jogo. Acreditamos que com o conceito de bem-viver, a partir das nuances legadas pelo saber indígena, encontramos pistas profícuas para o estabelecimento de políticas ditas de “promoção de saúde” que de fato tenham como fundamento à sustentação na esfera e no espaço público da presença e do modo de vida das pessoas migrantes enquanto legítimas, autônomas e dignas, sem necessidade de serem traduzidas para o léxico universalizante dos saberes colonizados e colonizadores. Na sequência, vamos ver como esse tensionamento vem atravessando diferentes pesquisas relacionadas à temática.

MATERIAIS E MÉTODOS

Nesse artigo compartilhamos algumas análises decorrentes de uma revisão narrativa de literatura acerca de migração e saúde mental. A pesquisa com a qual este estudo está vinculado construiu uma base de dados selecionando 975 artigos. Para a discussão que empreendemos aqui foram selecionados 15 artigos para leitura. A revisão narrativa não pretende esgotar todas as fontes de um determinado tema, mas buscar alguns indícios e hipóteses interpretativas a partir de uma amostragem de textos (Rother, 2007). Nessa revisão, aproveitamos estratégias já utilizadas pelo grupo em outros momentos, quando optamos por denominar a análise de “revisão cartográfica” (Paulon et al., 2019) ao buscarmos fazer funcionar na pesquisa bibliográfica alguns princípios da pesquisa participante cartográfica (Passos et al., 2009), sobretudo a inversão metodológica “hodos-meta” de reavaliação permanente das finalidades durante o percurso. Nesse sentido, partimos do interesse por saúde mental e migração sob a perspectiva decolonial e interseccional e acabamos no presente artigo reunindo um conjunto de textos que mostram limites da perspectiva psiquiátrica e psicológica ocidental para atenção a essa população.

A base geral de dados bibliográficos dentre os quais foram selecionados os artigos tomados aqui em análise foi construída no âmbito da pesquisa Sofrimento Psíquico, Estratégias de Produção de Saúde e Invenção do Bem Viver por Mulheres Imigrantes em Tempos Pandêmicos e tem como objetivo principal reconhecer o sofrimento psíquico de mulheres imigrantes nas cidades de Porto Alegre, Boa Vista e Rio de Janeiro, desde um paradigma

decolonial, de modo a identificar as estratégias de produção de saúde e resistência às opressões de gênero, raça e classe, intensificadas com as restrições impostas pela pandemia do covid-19. Entre as finalidades da investigação quer-se produzir subsídios às políticas públicas na perspectiva do bem-viver às imigrantes e às cidades que as acolhem. A pesquisa, além da etapa bibliográfica cujos resultados parciais apresentamos aqui, está conduzindo uma etapa empírica como Pesquisa-Intervenção Participativa (PIP) na qual a temática das mulheres imigrantes e refugiadas é tomada a partir da premissa ético-política de “planejar-fazer-avaliar com”, com a instauração de processos gestonários coletivos os quais buscam permitir a incidência direta de todos participantes nos processos de planejamento, execução e avaliação. Trabalhamos em um grupo interdisciplinar (Psicologia, Educação, Comunicação, Letras, Saúde Coletiva e Ciência Política), interinstitucional UFRGS, UFRR, Fio Cruz e multicêntrica Porto Alegre, Boa Vista e Rio de Janeiro, composto por docentes pesquisadores (5), pesquisadores mestres (2), mestrands (2), doutoranda (3), graduandes em participação voluntária (3) e como bolsistas de iniciação científica (2), totalizando, até o momento, 17 pessoas.

Para a etapa bibliográfica, foi construída uma base de dados com objetivo de cartografar os sentidos que vêm sendo produzidos acerca da temática de estudos no campo acadêmico-científico. O processo de construção desse conjunto de dados foi realizado utilizando o gerenciador de referências Zotero e buscando no Portal de Periódicos CAPES e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) os termos (Imigrantes OR Emigrantes OR expatriado?s OR refugees OR Emigração e Imigração OR Human Migration OR Emigration and Immigration OR Settlement and Resettlement OR Migração Internacional) AND (Mulher* OR Human Female OR Gênero OR Woman OR Women OR Violência doméstica) AND (Saúde Mental OR Transtorno Psíquico OR Transtorno Mental OR Sofrimento Psíquico OR Sofrimento Mental OR Louc* OR Enlou*), resultando em 58 resultados no portal Periódicos CAPES e 26 na Biblioteca Virtual em Saúde. Com o intuito de encontrar textos mais relacionados com saúde mental, fizemos uma busca na base da American Psychological Association (APA) utilizando alguns dos seus termos indexadores - APA Thesaurus, que, de acordo com o próprio site de busca, pretendem aumentar a precisão, confiabilidade e abrangência das pesquisas, estruturando os assuntos da mesma forma para todos os usuários. Os termos escolhidos foram: {Human Migration} OR {Immigration} OR {Human Migration} OR {Refugees} OR {Immigration} AND {Human Females} OR {Psychology of Women} OR {Domestic Violence} AND {Mental Health} OR {Suffering} e eles geraram 136 resultados.

Realizou-se uma terceira busca na BVS, dessa vez utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs/Mesh) que, assim como o APA Thesaurus, pretende servir como uma linguagem única na indexação de textos. Elegemos os termos “Emigração e Imigração”, “emigration and Immigration, Refugiados, Emigrantes e Imigrantes, Migração Humana” AND “Mulheres”, “Direitos da mulher”, “Inequidades de gênero” e “saúde da mulher”. “Saúde mental”, “Saúde mental em grupos étnicos”, mas nenhum resultado foi obtido.

Também realizamos uma busca na base Scielo com a frase (Imigrantes OR Migrantes OR Immigrants OR Emigrantes OR expatriad?s OR expatriate OR refugees OR refugiad?s OR “Emigração e Imigração” OR “Human Migration” OR “Emigration and Immigration” OR “Settlement and Resettlement” OR “Migração Internacional” OR migración OR “International Migration” OR “International Imigration”)) AND (ab:(Mulher* OR “Human Female” OR Gênero OR Gender OR “Gender Issues” OR Woman OR Women OR “Violência doméstica” OR “Domestic Violence” OR Mujer* OR Feminis*)) que resultou em 46 artigos.

Por fim, se fez uma busca na base Scopus com filtro para título resumo e palavras chave com a frase (emigrantes OR expatriad?s OR expatriate OR refugees OR refugiad?s OR “Emigração e Imigração” OR “Human Migration” OR “Emigration and Immigration” OR “Settlement and Resettlement” OR “Migração Internacional” OR migración OR “International Migration” OR “International Imigration”) AND (mulher* OR “Human Female” OR gênero OR gender OR “Gender Issues” OR woman OR women OR “Violência doméstica” OR “Domestic Violence” OR mujer* OR feminis*) AND (“Saúde Mental” OR “Transtorno Psíquico” OR “Transtorno Mental” OR “Sofrimento Psíquico” OR “Sofrimento Mental” OR louc* OR loca OR enlou* OR “mental health” OR “psychic disorder” OR “Salud Mental” OR “Crazy” OR “psychic suffering” OR cuidado OR acolhimento OR descolonial* OR decolonial* OR anticolonial* OR colonial* OR contracolonial* OR anti-colonial* OR contra-colonial* OR subjetividades* que resultou em 1435 textos. Aplicou-se mais um filtro por área do conhecimento, nos quais apenas textos de psicologia (231), ciências sociais (476) e multidisciplinares (21) foram selecionados, resultando em 728 textos. Somando todas as buscas foram encontrados 1136 resultados dos quais foram selecionados 975 artigos para a leitura dos resumos após a retirada de duplicatas e a filtragem dos títulos sem relação com a temática da pesquisa.

No presente estudo foram selecionados e lidos 15 dentre essas produções, a partir da seguinte estratégia: utilizando o mecanismo de buscas do Zotero no qual foram inseridos todos os 975 artigos da base de dados da pesquisa, foram buscados os seguintes termos (Saúde, Bem-Viver, Bem-Estar, Health e Wellbeing) para o campo título do artigo. Foram encontrados 162 artigos, dentre os resultados, foram lidos os resumos e selecionados para leitura integral os artigos que e/ou: 1) apresentavam uma discussão crítica sobre saúde mental e migração; 2) apresentavam dados empíricos relacionados à saúde mental e migração; 3) definiam-se como estudos a partir de uma perspectiva “situada” ou “feminista” ou “decolonial”; 4) estudos com metodologia participante ou “grounded theory” (Teoria fundamentada); 5) foi possível ter acesso ao texto integral⁹ resultando em 15 artigos para leitura integral.

⁹ Mesmo com o login da universidade que possui convênio com muitas editoras científicas, alguns conteúdos tem acesso dificultado e serão acessados em uma etapa posterior da pesquisa.

DESTAQUES DA LITERATURA SOBRE SAÚDE E BEM-ESTAR DE PESSOAS MIGRANTES

Como percepção geral fica evidente a prevalência de estudos em inglês estilo survey (exploratórios) com utilização de entrevistas, grupos focais e questionários, cujo foco é percepções de segmentos étnicos de pessoas migrantes acerca de sua saúde mental e do acesso e adequação dos serviços de saúde ofertados (Hsu et al., 2004; Rizkalla et al., 2020; Sheth et al., 2022; Wade et al., 2007). Também nos estudos em português há uma coincidência dessas metodologias (questionários e de grupos focais) e tópicos de pesquisa centrados em acesso aos serviços de saúde e percepções das pessoas migrantes sobre os agravos à saúde mental enfrentados no país de acolhida (Coutinho e Oliveira, 2010; Franken, et al, 2012; Granada, 2017). A centralidade da classificação psiquiátrica de sintomas e transtornos não é questionada, a não ser quando para fins de tradução, ou seja, de integração de conceitos locais para enunciação do sofrimento em conceitos ditos universais oriundos da psiquiatria (Greene et al., 2022). Outro ponto de destaque, especialmente na abordagem de saúde mental de pessoas refugiadas (Sheth et al., 2022; Galina et al., 2017; Ramos, 2009), é a relação entre experiências de violência vividas no país de origem e estresse pós-traumático-EPT; além do fato de que a chegada no país de acolhimento apresenta novos agravantes ao estado mental tais como insônia, ansiedade e depressão, relacionados ou não a algum evento traumático e que se somam às experiências negativas que ensejaram o refúgio.

Na organização dos dados produzidos durante a revisão de literatura, optamos por focar a perspectiva das e dos participantes dos estudos. Não realizamos uma divisão dos artigos por categorias, mas dentre o material empírico apresentado nos artigos foram agrupadas as observações produzidas no campo em duas categorias: 1) observações acerca das dificuldades encontradas no país de acolhimento por razões econômicas, políticas e sociais; 2) observações acerca de agravantes ao bem-viver no país de acolhimento em função de diferenças culturais. Adicionalmente, incluímos um grupo de textos que discutem o conceito de bem-estar, cotejando criticamente essa opção conceitual à luz da noção de bem-viver que argumentamos ser mais promissora para políticas direcionadas a esse público alvo.

Na primeira categoria, das dificuldades motivadas por razões econômicas, políticas e sociais, vimos que um dos tópicos que aparecem nas falas de pessoas refugiada e ou que migraram em situação de crise é o desconforto em relação à moradia. O lugar de residência impacta tanto na segurança pessoal e física como na segurança econômica. As dificuldades em pagar aluguel são frequentemente mencionadas (Abur e Mphande, 2020; Rizkalla, 2020) , assim como o senso de pertencimento (Bjertrup et al., 2018). Se a chegada em um novo país insere o refugiado ou o migrante num regime de proteção e de direitos, por outro lado, apresenta-se como ausência de

uma experiência mais integral de proteção e de pertencimento que é aquela do território de origem. Pensando em elementos do bem-viver indígena, o território e o modo de vida são pensados como indissociáveis e, nesse sentido, estar em território estrangeiro significa ser estrangeiro também no modo de viver vigente, ou seja, que alguém pode experimentar seus hábitos, seus gestos, seu idioma, seus sentidos para o mundo como sendo inadequados ou não pertencentes à norma. Essa sensação de não pertencimento é também enunciada em muitas pesquisas com pessoas em deslocamento (Rizkalla et al 2020; Patel et al., 2022; Galina et al., 2017; Ramos, 2019).

Também na indissociabilidade do modo de vida com o território, mas já como um agravante de ordem cultural, está situada a vida comunitária e em especial a convivência familiar. O bem-viver indígena é tramado numa concepção ampliada de família em que todos que compartilham um modo de vida podem ser considerados parentes. Algo aproximado encontramos em refugiados sul-sudaneses na Austrália que passaram a ter de conviver e serem compreendidos a partir de uma noção mononuclear de família (Abur e Mphande, 2020). De repente pessoas de áreas rurais em que a família que dava sustentação e sentido à sua vida chegava a ter 12 núcleos, veem-se em contextos de isolamento e de rompimento de vínculos que são experienciados como tão sofridos como as violências físicas dos quais fugiram. A família é também referida como aspecto fundamental para a integridade emocional por sírias (Rizkalla et al., 2020) e por mulheres de países sul-asiáticos (Hsu, 2004), enquanto a noção ampla de convivência social ou integração comunitária aparece em todas as pesquisas como sendo um dos elementos cuja falta ou o decréscimo decorrente do evento migratório é sentida como um desafio afetivo. A convivência social e familiar é um dos aspectos mais recorrentes nos fatores vistos como protetores quando presentes e cuja ausência é considerada um dos agravantes. É importante termos em mente que nem sempre que um migrante diz família, a noção implícita é idêntica àquela do nativo do país acolhedor, e que uma consideração mais detalhada e mais aprofundada sobre esse sentido é crucial para qualquer prática de cuidado (em saúde, assistência, educação, etc.).

Será ainda na relação com a família e com outros conterrâneos que valores culturais podem desempenhar um papel importante nas políticas de acolhimento, uma vez que muitas dessas pessoas empregam estratégias para lidar com o sofrimento culturalmente orientadas de maneira muito distintas. Assim, no caso dos sul-sudaneses foi identificado que a noção de trauma não é relevante no modo como eles entendem os eventos vividos e que ensinaram o refúgio, razão pela qual o reconhecimento dos efeitos psicológicos das agressões sofridas é frequentemente dificultado. É considerado sinal de fraqueza dar testemunho público de carregar efeitos no presente de agressões sofridas no passado (Abur e Mphande, 2020). Também no caso de migrantes sul-asiáticos, noções como karma e merecimento são importantes no modo como as pessoas entendem as experiências negativas que viveram no país de origem (Hsu, 2004). O gesto diagnóstico de imediatamente enquadrar tais experiências como estresse pós-traumático

pode estar afrontando as estratégias em uso por essas pessoas, as quais também atuam na manutenção de um vínculo comunitário, apenas para os inserirem numa comunidade à qual só podem pertencer enquanto doentes, enquanto vítimas de violência, posto que os demais aspectos de integração comunitária (valorização cultural e linguística, segurança habitacional, ocupação legitimada do espaço público) estão ausentes.

No escopo dos valores culturais que têm relevância para a experiência afetiva ou relacional, sem dúvida merece destaque a religiosidade ou espiritualidade (Freitas, 2013; Inacio et al., 2013). O conforto espiritual parece oferecer um território (ainda que imaterial) cuja presença e trânsito é legítima e incondicionada aos migrantes, além de atribuir um sentido para a experiência, mesmo para a experiência traumática (Hsu, 2004). A abordagem ocidental com sua pretensão de cientificidade frequentemente faz confronto com as explicações religiosas para os sintomas comportamentais e afetivos.

a radical alteridade de um encontro psicológico, no contexto de atendimento ao imigrante, remete a outros dois mundos: o da subjetividade (emoções, sentimentos, pensamentos, conhecimentos, valores...) de quem trata, sob o prisma da racionalidade científica, e o da subjetividade de quem sofre, sob o prisma de sua própria identidade pessoal e cultural – incluindo-se sua religiosidade na busca de alívio ou de um sentido para seu sofrimento (Freitas, 2013, p. 442).

Reside nesse ponto um dos aspectos mais delicados das práticas de cuidado e que, via de regra, precisa ser pensado caso a caso, uma vez que como dogma a religião pode cercear direitos, mas como crença ela é em si um direito. Toda pessoa tem direito a ter suas crenças ou sua fé, mas pode uma doutrina de fé cercear outros direitos, como o de expressão da sua sexualidade e da sua identidade de gênero ou de acesso à saúde? Enfim, sem pretensão de resolver esse impasse, vale a pena termos em mente que as pessoas migrantes em geral têm uma boa capacidade de fazer escolhas e usos de práticas tradicionais e religiosas e de práticas ocidentais e pretensamente científicas com muito mais autonomia do que imaginamos. É o que dizem, por exemplo, Wade e Kronenberg (2007) acerca dos usos de terapias por mulheres chinesas nos EUA.

Outro elemento bastante recorrente dentre os fatores que agravam as condições do bem-viver, o qual situamos na categoria de agravantes econômicos, políticos e sociais, é o racismo que aparece em diversos relatos (Abur e Mphande, 2020; Bjertrup, 2018; Rizkalla, 2020; Coutinho e Oliveira, 2010) principalmente voltado a pessoas negras e asiáticas. Nesse aspecto, também se observa a interseccionalidade do preconceito, agravando os efeitos negativos do racismo quando relacionado às mulheres (Ramos, 2009). Muitas vezes é difícil distinguir xenofobia de racismo, uma vez que o migrante tende no primeiro momento a atribuir olhares e reações recriminados que recebem dos nacionais do país de acolhida como sendo motivado pelo fato de serem estrangeiros ou migrantes. Apenas quando percebem a diferença de tratamento dirigida a si e a outros estrangeiros é que identificam o elemento racial envolvido.

Chamou-nos atenção o uso do termo bem-estar em alguns artigos, em geral associados ao tema da saúde mental. Não encontramos uma definição do termo na literatura estudada, mas entre os usos destaca-se o de “bem-estar” mental (Abur e Mphande, 2020) e de “bem-estar psicossocial” (Jones et al., 2022). Ao que parece, o termo mais do que indicar uma experiência ou estado específico, denuncia a insuficiência da noção de saúde mental tal como ela vem operando na psiquiatria e na psicologia ocidental. Ao referirem o bem-estar como algo que está associado à saúde mental, as pesquisas supracitadas sugerem reconhecer que há algo que os participantes da pesquisa enunciam que não pertence ao paradigma em torno do qual se sustentam as investigações. Tampouco as pesquisas avançam em conhecer o que é isso que as pessoas em deslocamento sentem que perderam ou que gostariam de reconquistar e que não necessariamente está associado com a presença de um transtorno mental ou uma sintomatologia típica dos quadros nosológicos psiquiátricos. Diante desse transbordamento da dimensão afetivamente desafiadora da migração, nos parece uma tentativa mal sucedida e, por princípio, equivocada a construção de categorias ainda mais gerais, sindrômicas, como é o caso da chamada Síndrome de Ulisses, que o psiquiatra catalão Joseba Achotegui (2008) propõe, ou ainda uma mais genérica e sociológica Síndrome de Exclusão (Maisondieu, 1997 apud Coutinho e Oliveira, 2010). Nem a psiquiatria, tampouco uma sociologização do sofrimento mental acreditamos poderem acolher apropriadamente a complexidade dos desafios experienciais relacionados à migração.

Apostamos, por isto, na noção de bem-viver como um operador conceitual mais amplo, possivelmente capaz de permitir uma abordagem holística da experiência de migração de tal maneira que a vida da comunidade familiar, territorial, de sentidos, ética, espiritual, seja pensada em sua potência. O desafio que está colocado para planejadores e operadores de políticas de cuidado, mesmo quando referente ao cuidado em saúde, ou à saúde mental, é o de não destruir, pela tradução, isso que queremos cultivar no acolhimento a pessoas que migram. Termos como resiliência, coping, boas práticas e outros termos recorrentes na literatura psiquiátrica não são capazes de enunciar a complexidade e diversidade de processos afetivos e relacionais que a experiência migratória mobiliza, uma vez que são construídos a partir de uma perspectiva centrada no indivíduo, quando a experiência migratória, por sua vez, bota em primeiro plano o aspecto de “em rede” da experiência subjetiva.

BEM-VIVER, MIGRAÇÃO E INTERSECCIONALIDADE

Devido a diversos conflitos, políticos e econômicos ao redor do mundo, milhões de pessoas vêm se tornando imigrantes forçados ou refugiados em diversas partes do globo. Diante do número expressivo de sujeitos nessa condição, e

às distintas formas de atendimento ao imigrante em vários países, percebe-se que, assim como o deslocamento e a condição de migrante influenciam de maneira relevante as condições de saúde dessa população, as práticas de acolhimento e a implementação de políticas públicas pertinentes aos que se deslocam, também se tornam fatores decisivos no bem-viver dos sujeitos e das cidades que os recebem (Ramos, 2009). Dentre a população migrante, recaem fatores de vulnerabilização ainda maiores sobre as mulheres, já que além das dificuldades inerentes aos processos de desterritorialização somam-se as sobrecargas da economia do cuidado, as violências de gênero operadas pelas culturas patriarcais, coloniais e racistas dos países a que se destinam, que reproduzem ou mesmo exacerbam aquelas já encontradas em seus países de origem (Cunha, 2018). No contexto nacional, os dados do censo de 2020 do Observatório de Migrações Internacionais destaca as movimentações de mulheres para o Brasil, demonstrando um aumento exponencial de 2010 para 2019. Dentre as mulheres migrantes nesse período, apenas 22% vieram em busca do reagrupamento familiar e 69% chegaram ao país registradas como solteiras, sendo em sua maioria jovens - o que coloca as mulheres como protagonistas ao considerarmos o motivo da sua migração (Obmigra, 2020).

Nessa direção, Cunha (2018) aponta que as experiências vividas pelas mulheres no percurso migratório são atravessadas de forma importante pelas opressões de gênero, raça e classe, tornando-se fundamental que as políticas públicas voltadas para essa população sejam construídas a partir de um olhar interseccional. Conforme a organização Women in Migration Network (WIMN, 2020), esta perspectiva, baseada nos direitos humanos e encruzilhadas de gênero e orientação sexual, raça e etnia, idade, status migratório e classe, possui a gênese das ações necessárias para mitigar as desigualdades e injustiças impostas às mulheres migrantes frente aos múltiplos impactos da crise do COVID-19.

No cenário brasileiro, apesar do avanço obtido através da aprovação da Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017, que passou a garantir direitos às pessoas migrantes, e do crescente processo migratório das mulheres para nosso país (Brasil, 2017) - correspondente à feminização dos fluxos migratórios mundiais -, evidencia-se a ausência do debate acerca das questões de gênero. Tampouco percebem-se suficientemente presentes entre gestores/as públicos, ou mesmo entre estudiosos/as do tema, abordagens interseccionais que possam articular as diversas opressões que incidem de maneira também diversa sobre os corpos das mulheres. A ausência de uma perspectiva interseccional na construção das políticas públicas resulta em maior vulnerabilidade às violências, dificuldade de acesso a serviços básicos de saúde e assistência e precarizações relacionadas à falta de oportunidades e emancipação no país de acolhimento, o que incide diretamente nos processos de integração, possibilidades de construir projetos de vida e produção de saúde mental das mulheres migrantes (Dornelas e Ribeiro, 2018).

Esse cenário agravou-se ainda mais com a chegada da pandemia da COVID-19 em nível mundial. Diante das restrições sanitárias impostas pela

disseminação do vírus SARS-CoV-2, o acolhimento das diferenças culturais sofreu modificações significativas, sendo observável na mídia formal, nas redes sociais e até mesmo em declarações de gestores públicos, o aumento de reações xenófobas diante de imigrantes, principalmente asiáticos, em função da origem do vírus provocador da maior crise sanitária do século. Conforme dados da ONU- Mulheres (2020), os impactos econômicos do período pandêmico agravaram ainda mais as vulnerabilidades das famílias que dependem da renda majoritariamente gerada no mercado informal pelas mulheres, devido à falta de políticas públicas de proteção social, saúde e educação. Nesse período, também ficou evidenciada a maior vulnerabilidade e risco de contaminação das mulheres migrantes, principalmente entre as trabalhadoras domésticas que compreendem uma grande parcela de imigrantes com ocupação e renda no Brasil. Dentre os principais fatores, estão a impossibilidade de isolamento social, ausência de assistência e proteção, e a disponibilidade limitada de informações precisas. São também, estas trabalhadoras que possuem maior risco de perder seus empregos, pois tendem a estar em emprego informal, na grande maioria das vezes com vínculos não registrados e excluídos, portanto, de quaisquer proteções trabalhistas.

Estudos que trabalham a correlação entre gênero e trabalho indicam o agravamento de uma situação que já era dramática nos países pobres antes mesmo da pandemia. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), “nas Américas, houve queda de 9,4% na taxa de emprego entre mulheres, sendo a região mais afetada desde o início da pandemia”. A análise é da OIT indica que as desigualdades de gênero no mercado de trabalho foram ampliadas pela Covid-19 e irão persistir no futuro próximo. “Mesmo se houver mais vagas de trabalho, elas serão insuficientes para levar as mulheres aos níveis de emprego pré-pandemia” (ONU News, 2021).

Neste sentido, desenvolver políticas de acolhimento a pessoas imigrantes requer uma mudança de perspectiva, tendo em vista que a imigração é um objeto de disputa, também, de políticas de segurança e de intervenções caridosas, como as promovidas por instituições religiosas e humanitárias que, historicamente, se envolvem com o tema. Nessas perspectivas, a migração em si é vista como a vulnerabilidade a ser suprida, desconhecendo os atravessamentos interseccionais que modulam e singularizam os desafios enfrentados por cada migrante. Em vista disso, também é fundamental que a construção de cuidado e o acolhimento às questões de saúde mental de populações já vulnerabilizadas com seus processos de perda de seus territórios de origem devem observar a presença de práticas e tradições religiosas entre as comunidades imigrantes, compreendendo como essas fazem parte de suas modalidades do cuidado de si, da organização da vida familiar e coletiva. Também, é importante atentar às diferenças no que se entende como saúde, doença, vida, morte e processos de luto, experiência de ansiedade, sentimento de isolamento e frustração, com atenção especial aos estigmas e preconceitos relacionados aos sofrimentos produzidos pelo sexismo, LGBTQfobia, além da xenofobia e racismo (Fiocruz, 2020).

Levando em consideração esse cenários e suas especificidades, e objetivando a produção de novas constituições políticas e garantia de direitos a serem construídas para pessoas imigrantes, evocamos para esse estudo o conceito de bem-viver, tendo em vista que ele está em diálogo com a ética do antirracismo, decolonialidade e feminismo interseccional, oferecendo uma leitura crítica ao capitalismo como sistema dominante. Ao contrapor esta lógica de desigualdades, a concepção do bem-viver atua na ruptura com o nexos heteropatriarcal machista e etnocêntrico marcado principalmente na divisão sexual do trabalho e a invisibilidade de base social (Pazos et al., 2014). Para Alcântara e Sampaio (2017) o paradigma do bem-viver, ao orientar as políticas públicas estatais e ações que buscam diminuir as desigualdades, sugere repensar a própria definição de desenvolvimento, a partir do entendimento e valorização da interculturalidade, “o qual se relaciona a qualidade de vida e remete a questões como espiritualidade, natureza, modos de vida e consumo, política, ética” (Alcantra e Sampaio, 2017, p. 233).

Desta forma, partindo do reconhecimento acerca da complexidade que envolve o processo migratório entendemos que através do conceito de bem-viver nos acercamos de estratégias de produção de saúde e resistência às opressões de gênero, raça e classe, intensificadas com as restrições impostas pela pandemia do covid-19, a fim de produzir subsídios às políticas públicas de cuidado com pessoas migrante. Em outro estudo (Lages e Bulla, 2021) já observamos que as pessoas migrantes têm “herdado” do Estado brasileiro o ônus de serem pensadas em termos genéricos, tal como em outro momento se pensou o lugar do pobre no Brasil. Enquanto os novos ativismos conseguiram desenhar políticas específicas que levam em consideração o histórico de opressão bem como as necessidades de cada grupo dito minoritário (pessoas negras, mulheres, indígenas, pessoas com deficiência, etc.), no caso dos migrantes eles são abordados de maneira massificadora como meramente pessoas vulneráveis e em “estado de necessidade”, desconhecendo suas potencialidades e suas trajetórias singulares.

CONCLUSÕES

Observamos, ao longo desse estudo que compõe uma etapa bibliográfica preparatória à constituição de dispositivos de Pesquisa Intervenção Participante, que é possível afirmar uma prevalência da abordagem biomédica em relação aos desafios afetivos e relacionais associados à experiência de migração em contexto de crise. Vimos que, ao fazer acompanhar a noção de saúde mental à ideia de bem-estar, e ao propor categorias psicopatológicas específicas para o migrante que se situam na fronteira entre psiquiatria e sociologia, parece haver um reconhecimento por parte das pesquisas de que o “adoecimento” associado ao migrar é muito menos relacionado ao indivíduo do que a atravessamentos sociais, econômicos e políticos.

Nesse sentido, propomos que políticas e práticas de cuidado se orientem pela perspectiva do bem-viver, construindo articulações possíveis entre

esse conceito e os operadores vigentes na Rede de Atenção Psicossocial e em outras práticas de acolhimento à pessoa migrante. O território aparece como operador de convivência, associando diferentes culturas e saberes numa dimensão da experiência que faz consistência ao ato de pertencer. Nesse aspecto, os líderes comunitários, associações de bairros e grupos de apoio podem ser uma pista interessante para pensar a dimensão do cuidado nessa prática de acolhimento cultural mais recente. Iniciativas da psiquiatria transcultural já parecem identificar a necessidade de realizar aproximações, traduções, composições entre os aportes da ciência psiquiátrica e as perspectivas situadas dos migrantes. Mas, considerando o caráter de vanguarda da atenção em saúde mental do Sistema Único de Saúde no Brasil, que vem desenvolvendo ferramentas e tecnologias de cuidado participativos e organizados “de baixo para cima” tais como: dispositivos de humanização da saúde, constituição da rede de atenção psicossocial, clínica ampliada, apoio em rede, rodas de conversa em serviços, gestão autônoma da medicação, comunidades ampliadas de pesquisa e educação permanente, entre outras; acreditamos que ainda é possível avançar mais especialmente em desierarquizar a concepção de cuidado, geralmente centrada no especialista ou expert como sendo aquele que tem um gesto de “humildade cultural” - conceito caro à psiquiatria transcultural - e que pode realizar o acolhimento.

Acreditamos que as políticas de acolhimento e de cuidado devem promover dispositivos coletivos de produção de bem-viver com pessoas migrantes, como uma direção ética e metodológica que pensamos dar conta também do desafio, que, como vimos, é também crítico e político. Tal desafio inclui sustentar a presença, o trânsito, promover participação no espaço e na esfera pública dessas pessoas que chegam ao Brasil trazendo consigo muito mais do que apenas vulnerabilidades e sofrimentos, ao contrário do que a literatura na área costuma dar a entender. Cada experiência de migração é singular, seja na sua potência, seja nos seus desafios, mas também são as experiências compartilhadas interseccionalmente com outras pessoas que carregam dimensões comuns do viver. O paradigma das políticas públicas no Brasil vem sendo transformado nos últimos anos pelo ativismo de grupos que demandam equidade, combatendo afirmativamente os elementos vulnerabilizadores que, historicamente, sofrem, mas também promovendo acesso igualitário às condições de uma vida plena. É com essas forças, ao mesmo tempo combativas e inventivas, que apostamos que as pessoas migrantes devem fazer laços, rejeitando o lugar desvitalizado e tutelado de pessoas apenas “cheias de necessidades”. Por isso nossa aposta na noção de bem-viver.

É nesse sentido que a nossa pesquisa busca não “dar voz” para as mulheres migrantes, mas ampliar os ouvidos para amplificar o alcance dessas vozes e, assim, facilitar a escuta para que componham sua potência numa dimensão da vida comum. Queremos conhecer as formas de construção de vida e saúde dessas mulheres para, assim, não invisibilizar os possíveis “bons conviveres” já existentes, de maneira a compartilhar com a comunidade e instrumentalizar

as nossas políticas públicas com o objetivo de seguir traçando esse caminho em direção à utopia.

Não nos parece à toa que venha de saberes originários desse território um aporte conceitual como o bem-viver, uma vez que as pessoas indígenas são, desde sempre, refugiadas no seu próprio lar, convivem com o invasor que inventa demarcações e procedimentos de trânsito e de permanência, e resistem com sua sobrevivência e sua habitação do território e do espaço público inobstante as tentativas permanentes de genocídio que sofrem. Entre aquele que foi gerado dentro (indígena) e o que foi gerado fora (imigrante, estrangeiro) há o desafio comum de ocupar esse espaço hostil que é o de uma sociedade moldada pelo colonialismo, pelo machismo, pelo capitalismo e pelo racismo. A convivência multiétnica é composta por diferentes sentidos e percepções de mundo, os quais não buscam se aniquilar mutuamente, mas sustentar uma presença que respeite os aspectos inconciliáveis, que fomenta os laços possíveis. Vemos aí a possibilidade de uma saúde muito mais ampla, inseparável da vida pujante, ou seja, de um bem-viver. Talvez precisemos perguntar não apenas o que podemos fazer em termos de oferta de cuidado em saúde para que a pessoa migrante não sofra tanto; mas como podemos conviver de tal maneira que uma noção de saúde mais ampla do que aquela que pode ser objetivada em práticas de cuidado seja cultivada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abur, Wiliam e Mphande, Charles (2020). Mental Health and Wellbeing of South Sudanese-Australians. *Journal of Asian and African Studies*, 55(3), 412-428. doi: <https://doi.org/10.1177/0021909619880294>.

Achotegui, Joseba (2008). Migración y crisis: *El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)*. *Avances en Salud Mental Relacional*. Barcelona, España: Editorial Bellaterra.

Acosta, Alberto (2016). *O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos*. São Paulo, Brasil: Autonomia Literária, Elefante.

Adorno, Theodor W. (1974). *Minima Moralia: Reflections from Damaged Life*, trans. E.F.N. Jephcott, London: New Left Books.

Alcântara, Liliane, Cristine Schlemmer e Sampaio, Carlos Alberto Cioce (2017). Bem Viver como paradigma de desenvolvimento: utopia ou alternativa possível?. *Revista Desenvolvimento e Meio Ambiente*, (40), 231-251. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/dma.v40i0.48566>

Andrews, Frank M. e Withey, Stephen, B. (1976). *Social Indicators of Well-Being: America's perception of life quality*. New York: Plenum Press. doi: <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2253-5>

Alto-comissariado das Nações Unidas para os Refugiados-ACNUR (2016). "Refugiados" e "Migrantes": Perguntas Frequentes. Brasil. <https://www.acnur.org/portugues/2016/03/22/refugiados-e-migrantes-perguntas-frequentes/>

Amarante, Paulo e Nunes, Mônica de Oliveira (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>

Bedrikow, Rubens e Campos, Gastão Wagner de Sousa (2015). A Clínica. História da clínica e a Atenção Básica: o desafio da ampliação. Brasil, São Paulo: Hucitec.

Bjertrup, Pia Juul, Bouhenia, Malika, Mayaud, Philippe, Perrin, Clément, Farhat, Jihane Ben e Blanchet, Kar (2018). A life in waiting: Refugees' mental health and narratives of social suffering after European Union border closures in March. *Social Science and Medicine*, 215, 53–60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.040>.

Brasil. Senado Federal. *Lei 13.445, de 24 de maio de 2017*. Brasília, 2017. Recuperado em 15 de fevereiro de 2020 de: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13445-24-maio-2017-784925-publicacaooriginal-152812-pl.html>

Brasil. Ministério da Saúde (2009). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Redes de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Butler, Judith (2018). Pode-se levar uma vida boa em uma vida ruim? *Cadernos de Ética e Filosofia Política*. São Paulo. 2(33), 213 – 229.

Cicognani, Elvira, Sonn, Christopher C., Albanesi, Cinzia, Zani, Bruna (2018). Acculturation, social exclusion and resistance: Experiences of young Moroccans in Italy. *International Journal of Intercultural Relations*, 66, 108-118.

Congresso Nacional do Brasil (2017). Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017. *Esta Lei dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante*. Brasília. Congresso Nacional Brasileiro.

Coutinho, Maria da Penha de Lima e Oliveira, Marcelo Xavier (2010). Tendências comportamentais frente à saúde de imigrantes brasileiros em Portugal. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 548-557.

Cunha, Igor B. (2017). Mulheres migrantes e refugiadas: riscos e proteção no contexto da violência de gênero. *Migrações na Atualidade*, [S.l.], (1), 106.

Dornelas, Paula De Ribeiro, Roberta Gabriela Nunes (2018). Mulheres Migrantes: invisibilidade, direito à nacionalidade e a interseccionalidade nas políticas públicas. *Revista o Social em Questão*, 21 (41), 247-264. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552264297011>

Inácio, Amanda Lays Monteiro; Boruchovitch, Evely e Bzuneck, José Aloyseo (2013). Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática psi. *Psico-usf*, 18(3), 437-444. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000300010>.

Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde (2020). Pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas. *Saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19* / organizado por Débora da Silva Noal, Maria Fabiana Damasio Passos e Carlos Machado de Freitas. Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/covid-19-cartilha-aborda-situacao-de-pessoas-migrantes-refugiadas-solicitantes-de-refugios-e-apatridas/>

Foucault, Michel (2008). *Nascimento da biopolítica*. Brasil, São Paulo: Martins Fontes.

Franken, Leda, Coutinho, Maria da Penha de Lima e Ramos, Maria Natália Pereira (2012) Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 202–219. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100015>.

Freitas, Marta Helena de (2013). Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática psi. *Psico-USF*, 18(3), 437-444. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000300010>.

Galina, Vivian Fadlo, da Silva, Tatiane Barbosa Bispo, Haydu, Marcelo e Martin, Denise (2017). A Saúde Mental Dos Refugiados: Um Olhar Sobre Estudos Qualitativos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 21(61), 297–308. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0929>.

Giacoa Junior, Oswaldo (2020). Saúde, Doença e Política em Nietzsche. *Estudos Nietzsche*, 11(2), 10-40.

Granada, Daniel, Carreno, Ioná, Ramos, Natália e Ramos, Maria da Conceição Pereira (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface*, 21 (61). doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>.

Greene, M Claire, Ventevogel, Peter, Likindikoki, Samuel L, Bonz, Annie G, Turner, Rachael, Rees, Susan, Misinzo, Lusua, Njau, Tasiana, Mbwambo, Jessie e Tol, Wietse A. (2022). Why local concepts matter: Using cultural expressions of distress to explore the construct validity of research instruments to measure mental health problems among Congolese women in Nyarugusu refugee camp. *Transcultural Psychiatry*, 215. doi: <https://doi.org/10.1177/13634615221122626>.

Hsu, Eugenia, Davies, Corrie A e Hansen, David J. (2004). Understanding mental health needs of Southeast Asian refugees: Historical, cultural, and contextual challenges. *Clinical Psychology Review* 24(2), 193–213. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.003>.

Hursthouse, Rosalind (1999). *On virtue ethics*. New York: Oxford University Press.

Jones, Nicola, Baird, Sarah, Hamad, Bassam Abu, Bhutta, Zulfiqar Ahmed, Oakley, Erin, Shah, Manisha, Sajdi, Jude e Yount, Kathryn M. (2022) Compounding inequalities: Adolescent psychosocial wellbeing and resilience among refugee and host communities in Jordan during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 17(2). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261773>.

Kagan, Carolyn (2012). La ricerca-azione partecipata e la psicologia di comunità. Em Zani, Bruna (org), *Psicologia di Comunità: Prospettive, Idee, metodi* (257-279). Roma: Carocci.

Kinoshita, Roberto Tykanori (2021). O circuito dos afetos na drogadição: uma explicação alternativa para a servidão às drogas. *Interface* (Botucatu), 25. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200787>

Kleinman, Arthur (1997). Introduction. Em Kleinman Arthur, Verena Das e Margaret Lock, 9-27 (orgs) *Social Suffering*. London: University of California Press.

Lages, Rodrigo e Bulla, Gabriela (2021). Migration and schooling in Brazil an exploratory study on the governmental response to the educational inclusion of contemporary migrants. *Culture and Education, Cultura y Educación*, 33(4), 729-757.

Luz, Suellen e Lages, Rodrigo (2022). Acolhimento de estudantes refugiados no ensino superior por meio do acompanhamento terapêutico: uma aprendizagem das “co-moções”. *Revista Teias*, 23(69), 194-203. doi: <https://doi.org/10.12957/teias.2022.65941>

Maisondieu, Jean (1997). *La fabrique des exclus*. Paris: Bayard Editions.

Mbembe, Achille (2018). *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: N-1 edições

Moreira, Julia Bertino e Borba, Janine Hadassa Oliveira Marques de (2021). Invertendo o enfoque das “crises migratórias” para as “migrações de crise”: uma revisão conceitual no campo das migrações. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 38. doi: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0137>.

Observatório das Migrações Internacionais, Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração

Laboral (2020). Relatório Anual 2020. Série *Migrações*. *Observatório das Migrações Internacionais*; Recuperado de: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio-anual/2020/OBMigra_RELAT%C3%93RIO_ANUAL_2020.pdf

Organização das Nações Unidas - ONU Mulheres (2020). Gênero e Covid-19 na América Latina e Caribe: *Dimensões de Gênero na Resposta*. Recuperado de: <https://news.un.org/pt/story/2021/07/1757182>

Organização das Nações Unidas - ONU News (2021). *Américas foi a região mais afetada pelo desemprego de mulheres na pandemia*. Recuperado de: <https://news.un.org/pt/story/2021/07/1757182> .

Padilla, Beatriz (2017). Saúde e migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21 (61), 273-284. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0624>.

Passos, Eduardo, Kastrup, Virgínia e Escóssia, Liliana da. (Orgs.) (2009). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, Brasil: Sulina.

Paulon, Simone Mainieri, Cerqueira, Ariadne Certraz de e Martins, Fernanda Goulart. (2019) Estranhamentos na Pesquisa Bibliográfica: invenção cartográfica na busca sistemática. *Educação em Perspectiva*, 10. doi: <https://doi.org/10.22294/eduper/ppge/ufv.v10i0.7143>

Paulon, Simone Mainieri, Protazio, Mairla Machado, e Tschiedel, Rosemarie (2018). "Eu sei o que é saúde mental!": Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 6-32. doi: <https://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80412>

Paulon, Simone Mainieri e Romagnoli, Roberta Carvalho (2010). Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100007&lng=pt&tlng=pt

Pazos, Jesús González, Rojo, Puri Pérez e Sáenz, Maite Ezquerro (2014). *Alternativas al modelo actual - Decrecimiento Buen Vivir: soberanía alimentaria, economía feminista, economía solidaria, soberania energética*. Epalza, Bilbao: Sua Ediziok.

Ramos, Natália (2009). Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças* 17(1), 1-11.

Rizkalla, Niveen, Arafa, Rahma, Mallat, Nour Khaddaj, Soudi, Laila, Adi, Suher, e Segal, Steven P. (2020). Women in refuge: Syrian women voicing health sequelae due to war traumatic experiences and displacement challenges. *Journal of Psychosomatic Research*, 129. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109909>

Rother, Edna Terezinha (2007). *Revisão sistemática X revisão narrativa*. *Acta Paulista De Enfermagem*, 20(2), v-vi. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

Sheth, Nima, Patel, Sheetal, O'Connor, Seini, Dutton, Mary Ann (2022) *Working Towards Collaborative, Migrant-Centered, and Trauma-Informed Care: a Mental Health Needs Assessment for Forced Migrant Communities in the DC Metropolitan Area of the United States*. *Int. Migration & Integration* 23, 1711-1737, doi: <https://doi.org/10.1007/s12134-021-00884-4>.

Takuá, Cristine. (2018). *Teko Porã, o sistema milenar educativo de equilíbrio*. *Rebento*, (9), 5-8.

Valdés, Gina. (1982). *Puentes y Fronteras: Coplas Chicanas*. Los Angeles, CA: Castle Lithograph.

Wade, Christine, Chao Maria T, e Fredi Kronenberg (2007). *Medical Pluralism of Chinese Women Living in the United States*. *J Immigr Minor Health* 9(4), 255-67. doi. <https://doi.org/10.1007/s10903-007-9038-x>.

WIMN, Women in Migration Network (2020). *De la crisis hacia un nuevo convenio social: Un enfoque inclusivo, feminista, e interseccional es la única salida a la crisis del COVID*. Recuperado de: <https://womeninmigration.org/2020/04/wimns-statement-on-the-covid-crisis/>

Mulheres migrantes e o SUS: desafios do cuidado como direito

Mujeres migrantes y el SUS: desafíos del cuidado como derecho

Rocio del Pilar Bravo Shuña¹
Luis Guilherme Galeão-Silva²

RESUMO

Este artigo ressalta a importância de compreender o cuidado em saúde como um direito no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), analisando, a partir de uma perspectiva feminista interseccional e da escrita vivencial, as experiências de dez mulheres migrantes usuárias do SUS. As narrativas revelam os desafios enfrentados ao lidar com atendimentos e estruturas xenófobas, racistas e heteronormativas, que dificultam o acesso aos cuidados, a vinculação com a instituição e colocam em xeque os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS. Além disso, enfatiza-se que o cuidado em saúde vai além do mero atendimento médico, envolvendo a garantia de recursos materiais para uma vida digna, como alimentação, moradia, transporte acessível e produtos de higiene pessoal. A migração instiga a olhar o cuidado como um direito transnacional, transcendendo fronteiras e exigindo uma abordagem integrada e colaborativa para assegurar sustentabilidade e dignidade às pessoas em situação de migração.

Palavras-chave: Mulheres. Migração. Cuidados. Saúde. Direito.

¹ Doutora em Psicologia Social. Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo. E-mail: rocio.bravoshuna@usp.br.

Red académica: <https://www.researchgate.net/profile/Rocio-Del-Pilar-Bravo-Shuna-2>, <https://orcid.org/0009-0009-1806-2895>.

² Professor de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail: luisgaleao@usp.br

Red académica: <https://www.researchgate.net/profile/Luis-Galeao-Silva>, Mendeley IDs 57190221861, <https://orcid.org/0000-0003-4259-3564>

RESUMEN

Este artículo destaca la importancia de comprender el cuidado en salud como un derecho en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS) al analizar, desde una perspectiva feminista interseccional y de la escritura vivencial, las experiencias de diez mujeres migrantes usuarias del SUS. Las narrativas revelan los desafíos que enfrentan al lidiar con atenciones y estructuras xenófobas, racistas y heteronormativas que dificultan el acceso a los cuidados, la vinculación con la institución y ponen en entredicho los principios de universalidad, equidad e integralidad del SUS. Además, se enfatiza que el cuidado en salud va más allá de la mera atención médica, implicando la garantía de recursos materiales para una vida digna, como alimentación, vivienda, transporte accesible y productos de higiene personal. La migración instiga a considerar el cuidado como un derecho transnacional, trascendiendo fronteras y exigiendo un enfoque integrado y colaborativo para asegurar la sostenibilidad y la dignidad de las personas en situación de migración.

Palabras clave: Mujeres. Migración. Cuidados. Salud. Derecho.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o número de mulheres migrantes³ registradas têm aumentado progressivamente. Na década de 2011-2020, representavam 32,6% (24.262 mulheres registradas) do total de 74.339⁴ migrantes registrados, e em 2021 esse número cresceu para 44,8% (67.772 mulheres registradas) do total de 151.155 migrantes, quase metade dos registros (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021). Além disso, a cidade de São Paulo tem sido um dos principais destinos dessas migrações, o que evidencia a importância de compreender as questões relacionadas ao cuidado em saúde para essa população.

No contexto dos serviços públicos de saúde, as mulheres desempenham um papel crucial como usuárias diretas do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente as mulheres pretas e pardas, que representam o maior número de pessoas que usufruem desses serviços (IBGE, 2019). As mulheres também desempenham um papel essencial como principais provedoras de

³ Neste texto utilizaremos a palavra 'migrante' para nomear a toda pessoa nacional de outro país ou apátrida que esteja de passagem ou de forma temporária ou definitivamente residindo no Brasil.

⁴ Não termos encontrado dados sobre a estimativa de pessoas migrantes que não registraram seu ingresso no país, porém é preciso assinalar que elas também têm direito de acessar aos serviços públicos de saúde independente de seu status migratório.

⁵ A pesquisa "Cuidadores do Brasil" desenvolvida pelo Instituto Lado a Lado Pela Vida, A Veja Saúde em parceria com a Farmacêutica Novartis, entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, entrevistou

cuidado⁵ a crianças e idosos (Oliveira e D'Elboux, 2012) e como funcionárias públicas da saúde (IPEA, 2020).

Apesar das mulheres serem responsáveis pela maioria dos trabalhos de cuidado nas instituições de saúde, como enfermeiras, técnicas de enfermagem e pessoal de limpeza, a desigualdade salarial de gênero persiste (Amâncio dos Santos e Barbosa da Silva, 2021), refletindo a disparidade de remuneração entre mulheres e homens.

Estudos feministas sobre o cuidado confirmam que as mulheres continuam exercendo responsabilidades de cuidado em dupla ou múltiplas jornadas de trabalho, muitas vezes sem receberem remuneração, o que contribui diretamente para o sistema econômico capitalista (Batthyány, 2020). Essa realidade também se estende às mulheres migrantes, que não são poupadas dessas tarefas de cuidado, remuneradas ou não. Nas casas-oficinas⁶ de costura, por exemplo, além de costurar, são elas que assumem a responsabilidade pela alimentação das pessoas e pelo cuidado das crianças, o que resulta em uma sobrecarga de trabalho que afeta sua saúde física e mental (Ribeiro, 2019; Oliveira, 2022).

No entanto, em relação ao perfil de saúde das mulheres migrantes, há dados estatísticos limitados disponíveis, uma vez que a nacionalidade e o status migratório não são informações obrigatórias nos protocolos de atendimento do SUS (Cavalcanti et al., 2021). Durante a década de 2011-2020, foram registrados no Brasil 104.576 nascidos vivos de pessoas migrantes (Cavalcanti et al., 2021, p. 70). Na cidade de São Paulo, em 2021, o número de nascidos vivos de pais migrantes foi de 5.169, representando 3,4% do total de 153.729 nascimentos, a maioria dos pais sendo bolivianos e haitianos, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Além disso, entre março e novembro de 2021, foram registrados 473.694 atendimentos a não brasileiros nos serviços de UBS e AMA em São Paulo, dados do Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (SIGA Saúde).

O SUS, instituído pela Lei nº 8080 em 19 de setembro de 1990, é uma conquista dos movimentos de reforma sanitária e dos movimentos de mulheres. Com a implantação e implementação do SUS, o direito à saúde deixou de ser uma prerrogativa apenas dos contribuintes da seguridade social, sendo estendido a todas as pessoas, com o Estado assumindo a responsabilidade pela garantia desse direito.

pela internet 2047 cuidadores familiares e 487 profissionais de todas as regiões do país, sendo que em sua maioria mulheres (83% familiares e 91% profissionais). Outro dado que se destaca é a idade da pessoa cuidadora a qual se centra entre 40 anos a mais, com relatos de sofrer de estresse, insônia e dores nas costas. Saiba mais: <https://saude.abril.com.br/familia/pesquisa-revela-os-desafios-de-ser-cuidador-no-brasil>.

⁶ As casas-oficinas de costura são pequenas unidades de produção na cadeia da indústria têxtil e da moda, que operam como locais de trabalho e residência tanto para a(s) pessoa(s) proprietária(s) quanto para a equipe que nela trabalha, frequentemente composta por migrantes bolivianos. Essa sobreposição entre vida pessoal e laboral pode favorecer a criação de condições laborais precárias, marcadas por longas jornadas, baixos salários e falta de segurança no trabalho (Cymbalista e Rolnik Xavier, 2007).

No entanto, mesmo a mais de 30 anos de existência do SUS, a operacionalização e a disponibilização de recursos necessários para garantir o direito à saúde de qualidade continuam sendo um desafio constante (Sales, Vieira, Martins, Garcia, e Ferreira, 2019), especialmente diante da aprovação de medidas como a Emenda Constitucional nº 95, conhecida como “Teto de gastos públicos”, que reduziu a capacidade de gerir e efetivar o direito à saúde (Rocha e Szklo, 2021), entre outros direitos e políticas sociais⁷.

Nesse cenário, os direitos das mulheres à saúde têm sido gravemente afetados, mesmo com a existência, desde 2004, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que propõe melhorar o atendimento à saúde das mulheres com uma perspectiva de gênero, raça/etnia/cor e classe socioeconômica, a fim de planejar ações que atendam às demandas específicas das mulheres em toda a sua diversidade e contribuam para melhorar suas condições de vida (Coelho, Silva, Oliveira e Almeida, 2009). No entanto, é importante ressaltar que essa política não prevê ações específicas para mulheres migrantes.

Diante desse contexto, a migração tem recebido maior atenção nas agendas públicas nos últimos anos. No município de São Paulo, têm sido realizados debates e ações para a inclusão da população migrante nos serviços de saúde, fortalecidos pela Política Municipal para a População Imigrante, instituída pela Lei nº 16.478 de 8 de julho de 2016, que reconhece a população migrante como sujeito de direitos. Essa política ressalta o papel da Secretaria Municipal de Saúde no sentido de garantir a atenção integral à saúde da mulher migrante, promovendo o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, ao parto humanizado e intercultural, além de criar ações de prevenção e combate à violência obstétrica (Shuña e Carbassa, 2020).

Durante a pandemia, muitos países, como o Brasil, fecharam suas fronteiras na justificativa de controlar os avanços do coronavírus⁸, limitando a circulação de migrantes, especialmente as mais vulneráveis. O estudo desenvolvido por Eugenia Brage (2023) em Buenos Aires, Argentina, e São Paulo, Brasil, destaca justamente os impactos heterogêneos e as consequências diversas da pandemia para as pessoas migrantes. A dimensão material e simbólica da espera e da mobilidade/imobilidade afetou as vivências presentes e as

⁷ Gimenes, Erick (05 de outubro de 2020). “Teto de Gastos reduz investimento público por habitante”, alerta Esther Dweck. Brasil de Fato. Recuperado de: <https://www.brasildefato.com.br/2020/10/05/teto-de-gastos-reduz-o-investimento-publico-por-habitante-alerta-esther-dweck>

⁸ No dia 03 de fevereiro de 2020 o Brasil declara emergência sanitária nacional em decorrência do novo coronavírus (Portaria nº 188/2020 - Ministério de Saúde), o que foi usado como justificativa para o fechamento das fronteiras primeiro com a Venezuela (Portaria Interministerial nº 120/17 de março de 2020 - Ministros de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, da Justiça e Segurança Pública e da Saúde) e logo com os demais países restantes fronteirizos: Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana Francesa, Guiana, Paraguai, Peru e, Suriname (Portaria Interministerial nº 125/19 de março de 2020 - Ministros de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, da Justiça e Segurança Pública e da Saúde).

dinâmicas das redes transnacionais. Principalmente mulheres e dissidências enfrentaram desafios específicos, como a irregularidade migratória, dificuldades de acesso a políticas públicas e benefícios sociais, desarticulação das formas de organização cotidiana e perda de renda.

Entendemos que as políticas são instrumentos institucionais que interpretam, regulam e organizam a sociedade, criando categorias e especificidades em relação aos sujeitos e suas necessidades, demandando atendimento (Agrela Romero, 2004). Portanto, o fato de que migrantes sejam impedidos por lei de circularem nas fronteiras como medida sanitária e que a população migrante não seja nomeada ou considerada parcialmente nas políticas sancionadas para o atendimento da saúde pode afetar no modo em que é percebida e no nível de preparação que profissionais da saúde têm para atendê-la. Tal como os estudos de Kátia Guerra e Miriam Ventura (2017) como de Karly Garcia Delamuta, Fernanda de Freitas Mendonça, Carolina Milena Domingos e Marselle Nobre de Carvalho (2020) assinalaram que há necessidade de criar novas políticas públicas e aprimorar as existentes, uma vez que tanto pessoas gestoras quanto profissionais de saúde não estão adequadamente preparadas para lidar com as especificidades da população migrante.

Portanto, diante desse contexto, este artigo tem como objetivo compreender as experiências das mulheres migrantes no acesso e na utilização dos serviços de saúde, analisando os desafios enfrentados no exercício do cuidado como direito no SUS, tendo como base referências bibliográficas relacionadas com migração, gênero e acesso à saúde. A partir dessa análise, busca-se identificar possíveis lacunas nas políticas de saúde que precisam ser abordadas e reforçadas no atendimento de mulheres migrantes, considerando também situações de crises como a pandemia.

É preciso ressaltar que partimos de dois conceitos sobre o cuidado: primeiro, como direito, refere-se ao conjunto de recursos e ações para conseguir a manutenção da vida, tendo como base os direitos humanos, principalmente o direito à vida (Lagarde, 2003; Ayres, Paiva e Buchalla, 2012). E segundo, como conceito dinâmico, que engloba os saberes e intersubjetividades que são mobilizados nas práticas de cuidar, que ora ganham status de ‘verdade’ e que ora são tratados com vilipêndio (Foucault, 2002; Brah, 2006).

O artigo se baseia nos dados provenientes da pesquisa intitulada “O cuidado como exercício de direito à saúde e à vida de mulheres migrantes usuárias do SUS”⁹, com o objetivo de analisar como o cuidado se manifesta como direito nos serviços de saúde pública, dialogando com os princípios básicos que fundamentam o SUS. E está estruturado da seguinte forma: O caminho da pesquisa onde descrevemos a abordagem teórico-metodológica utilizada. A segunda, As narrativas do cuidado no SUS onde apresentamos

⁹ Shuñá, Rocio del Pilar Bravo (2023). O cuidado como exercício de direito à saúde e à vida de mulheres migrantes, usuárias do SUS (Tese de doutorado). Programa de Psicologia Social do Instituto de Psicologia- USP. São Paulo. Defendida em 17 de março de 2023. Orientador: Luis Guilherme Galeão-Silva.

as experiências de cuidado nos serviços públicos de saúde compartilhadas por nossas interlocutoras. E a terceira, a guisa do cuidado como direito, onde destacamos algumas reflexões finais do cuidado como direito.

O CAMINHO DA PESQUISA

A pesquisa qualitativa foi desenvolvida desde uma perspectiva teórica-metodológica feminista interseccional, reflexiva e localizada de fazer ciência (Haraway, 1995, 2009; Neves e Nogueira, 2005; Brah, 2006; Olesen, 2006; Piscitelli, 2012), que prioriza a escrita vivencial a fim de ressaltar as interlocuções entre as dez participantes e a pesquisadora, assim como as reflexões levantadas nos diálogos entre autores deste artigo, por isso o texto discorre na primeira pessoa do singular e do plural.

Todas as participantes foram mulheres cis migrantes vindas da Angola (Sita, mulher negra e heterossexual), Argentina (Euge e Flor, mulheres brancas, lésbicas), Bolívia (Isabela, mulher indígena e Marimar, que se reconhece pela própria nacionalidade, ambas heterossexuais), Chile (Mariela, mulher parda/mestiza e heterossexual e Loreto, mulher branca e lésbica), Colômbia (Mary, mulher branca e heterossexual) e Venezuela (Vallita e Yulimar, mulheres negras, ambas heterossexuais) junto com a pesquisadora (Rocio, mulher andina e bissexual), migrante peruana.

O critério de inclusão das interlocutoras era que fossem usuárias do SUS e moradoras da cidade de São Paulo, utilizando uma abordagem por conveniência, especialmente por ocorrer durante a pandemia do Covid-19, foram escolhidas seis mulheres ativistas dos direitos da população migrante e as outras quatro foram referenciadas por elas ou outras ativistas que vivem na cidade.

Nossa análise baseou-se no conceito e metodologia de interseccionalidade (Crenshaw, 2002; Brah, 2006; Piscitelli, 2012), permitindo-nos entender como diferentes fatores, como nacionalidade, raça/cor, orientação sexual, idade, grau de estudos e meios de vida, influenciam as experiências de cuidado dessas mulheres. Observamos como essas características moldam as relações de saber e poder, subordinação e marginalização nos espaços de saúde institucionais. Além disso, essa abordagem, nos aproximou dos significados e significantes, carregado de afetos e sentimentos em torno do cuidado, evidenciados nos encontros entre profissionais de saúde e usuárias migrantes, bem como nas lutas para serem reconhecidas como portadoras do direito à saúde e de usufruir os serviços públicos de saúde.

Por outro lado, com a escrita vivencial, cujo referencial teórico foi inspirado nas reflexões e produções da Conceição Evaristo (2020) sobre escrevivências, conseguimos materializar na escrita esse conteúdo afetivo, as memórias, as impotências e as vias de contestação das interlocutoras.

Embora, cada interlocução tenha sido guiada por um roteiro semi-estruturado de entrevista, permitindo que as participantes escolhessem o nome que as identificaria na pesquisa, além da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo comitê de ética do Programa do Instituto de Psicologia, que incluía a gravação das entrevistas, arquivos que logo foram compartilhadas com elas, nossa atenção não se limitou a esses aspectos.

A pesquisa ocorreu entre 2020 e 2021, durante o período pandêmico, com um a três encontros por interlocutora que duravam entre 40 a 90 minutos respeitando a sua disponibilidade, via online, ligações telefônicas e/ou visitas presenciais, eram momentos de troca de informações e funcionavam como ponte com outras redes de apoio, como regularização migratória, acesso a atendimento psicológico gratuito, acesso a auxílio emergencial, cestas básicas e vales de alimentação.

AS NARRATIVAS DO CUIDADO NO SUS

A concretização da política do SUS no cotidiano dos serviços de atendimento, está sujeita também à compreensão que as pessoas profissionais e gestores da saúde têm sobre o cuidado, uma vez que isso pode definir os procedimentos e protocolos a serem seguidos. Portanto, entender as noções de cuidado que são agenciados nesse espaços institucionais é crucial, como Roseni Pinheiro e Ruben Araujo De Mattos (2006) afirmam, o cuidado é uma categoria-chave que pode abrir novos diálogos no campo do conhecimento, saberes e práticas em saúde, com o objetivo de materializar uma política de saúde em defesa da vida.

O SUS constitui essa política, promotora, protetora e executora das políticas de cuidados da saúde, sendo um direito fundamental de todas as pessoas, inclusive migrantes, de usufruir deste direito, e o dever do Estado de fornecer as condições necessárias para seu exercício.

Assim, nós procuramos analisar as experiências de cuidado de nossas interlocutoras tendo como eixos os princípios do SUS. A saber, as ações de cuidado no SUS devem ser desenvolvidas de acordo a três princípios básicos: **a universalidade**, que garante a saúde como direito de todas as pessoas; **a equidade**, que preconiza o atendimento de acordo com as necessidades de cada indivíduo; e **a integralidade**, que implica no reconhecimento desse direito por meio de um conjunto articulado e contínuo de ações.

A universalidade

A Aione Maria da Costa Sousa (2014) destaca a universalidade como um dos princípios fundamentais do movimento sanitário, oficialmente estabelecido na Constituição Federal de 1988 e incorporado aos pilares do SUS. Isso reflete o reconhecimento de que a saúde é um direito universal e que cabe

ao Estado criar estruturas institucionais que garantam o acesso aos serviços e recursos de forma desimpedida, por meio do sistema público de saúde.

Nossas interlocutoras reafirmam a importância dessa universalidade por meio da gratuidade dos serviços do SUS, como enfatizado por Sita: “[...] tudo é gratuito no SUS [...] todo meu atendimento de parto foi no SUS, a operação da minha família também [...] o SUS é um sistema único bom mesmo!” (Sita, angolana, negra, heterossexual, mãe de duas crianças e três adolescentes). Mariela, vinda do Chile, onde os serviços médicos são em sua maioria privados, também ressalta a segurança proporcionada pelo fato de os serviços médicos no SUS serem gratuitos: “[...] yo soy asmática [...] sinto essa segurança de que serei atendida em algum momento, de que ninguém negará meu atendimento [...] posso adoecer [...] com um sistema de saúde que me respalda [...]” (Mariela, chilena, parda, heterossexual, mãe de uma criança). Esse sentimento de respaldo destaca a importância do acesso universal aos serviços médicos.

No entanto, mesmo sendo gratuito, os entraves burocráticos, como a falta de comprovante de residência ou a demora nos agendamentos, podem dificultar ou impedir o acesso aos serviços de cuidados públicos, conforme compartilhado por Euge, uma argentina: “[...] o problema foi que um dia fui à UBS e me pediram comprovante de residência e eu não tinha... no final, acabei indo à farmácia [...]” (Euge, argentina, branca, lésbica, mãe de uma criança). Nesse depoimento, Euge apresenta uma barreira frequente enfrentada pelas comunidades migrantes ao procurar os serviços do SUS, pois a falta de comprovante de residência resulta na recusa do atendimento necessário, o que pode agravar suas condições de saúde. Especialmente para migrantes que não têm condições financeiras para pagar por serviços de saúde privados ou para obter medicação em farmácias, essa situação torna-se ainda mais desafiadora.

Durante o período de vacinação contra a COVID-19, coletivos de migrantes e a sociedade civil denunciaram as dificuldades enfrentadas pela comunidade para acessar a vacina, conforme destacado na 1ª Plenária Nacional sobre Saúde e Migração (2021)¹⁰. Nas unidades de vacinação, eram solicitados documentos migratórios brasileiros e comprovantes de residência, o que contraria o princípio da universalidade desse direito, afetando principalmente a pessoas migrantes em situação de vulnerabilidade social, como as que vivem em cortiços, ocupações ou em situação de rua, e que não têm meios de comprovar sua residência nem recursos financeiros para pagar pelo processo de regularização migratória.

¹⁰ 1ª Plenária Nacional sobre Saúde e Migração: Saúde e Migração em tempos de Covid-19. Documento Final - 2021. Saiba mais: https://www.fenami.org/_files/ugd/7848d7_fb03e44f58b6475fbb239a148eedc15f.pdf

Por outro lado, a escassez de profissionais de saúde para atender à demanda territorial também compromete a garantia desse princípio. A falta de vagas disponíveis leva as pessoas usuárias a procurarem serviços em locais públicos mais distantes, exigindo tempo e dinheiro que muitas vezes não possuem, causando mais desgaste na saúde da pessoa que busca cuidados. Isso se tornou ainda mais evidente durante a pandemia, quando alguns profissionais de saúde foram realocados e determinados hospitais se tornaram centros de referência para a COVID-19, deixando pacientes recorrentes do território sem atendimento adequado. Isso afetou especialmente pacientes com doenças crônicas, que tiveram que buscar atendimento em outros locais sem sucesso¹¹. Sita, cuja filha caçula recebe tratamento para anemia falciforme nos conta a sua experiência:

[...] eu vou quando ela fica doente, eu fui lá nesses dias, não estão internando as pessoas no hospital, já fui lá na Vila Alpina não estão internando não, já fui no hospital Santa Casa duas vezes também não... neste tempo de pandemia, desde 2020, não estão internando [...] só tem que ir hoje, amanhã, todos os dias tem que ir e voltar, não dá pra ficar internada, não, por causa da pandemia [...], mas tenho um problema, quando a minha bebe fica doente, eu ando ali lá no hospital, vou e volto, mas não tenho cartão do transporte gratuito, o bilhete único [...]

[...] porque eu pago o aluguel, né, alimento eu recebo cesta básica lá de M*, aquele dinheiro do bolsa-família paga aluguel porque meu esposo não está trabalhando, não... agora pra pagar água e luz é muito caro, tá difícil, esse tempo muito difícil [Ademais,] em esses meses que não tinha como comprar absorvente, eu usava pano... porque dinheiro para comprar está difícil... eu não trabalho não... mas esse mês, a cesta básica tinha absorvente lá dentro[...] [M* amiga de Sita]

(Sita, angolana, negra, heterossexual, mãe de duas crianças e três adolescentes)

A história de Sita, uma mulher negra, cujo parceiro também está desempregado, cuja família mora de aluguel e dependente exclusivamente do programa Bolsa Família como única fonte de renda, nos leva a refletir sobre os desafios enfrentados no acesso aos cuidados de saúde e na garantia efetiva desse direito. Para Sita, os custos do transporte até o hospital se tornam uma carga financeira insustentável, comprometendo suas necessidades básicas, como alimentação, moradia e produtos de cuidado pessoal, incluindo absorventes.

¹¹ Uma pesquisa virtual desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), respondida por 158 países, sendo 28 deles Estados Membros da OPAS, durante um período de quatro semanas no mês de maio de 2020, apresenta uma visão geral do impacto que a pandemia de COVID-19 teve nos serviços de controle de doenças não transmissíveis na Região das Américas, em um momento em que a região era considerada o epicentro da pandemia global de COVID-19. Saiba mais: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Além disso, Sita destaca-se como a principal provedora de cuidados para sua família e lar, enfrentando dificuldades para conciliar o apoio às aulas online de seus filhos devido à falta de tempo e acesso à internet em casa. Isso revela as disparidades no acesso à educação e à tecnologia, perpetuando o ciclo de desigualdades e dificultando a busca por oportunidades melhores.

A falta de acesso aos cuidados de saúde e o impacto financeiro decorrente dos custos de transporte até o hospital evidenciam as desigualdades de gênero que afetam as mulheres, especialmente as mais vulneráveis. A Sita é obrigada a fazer escolhas difíceis, tendo que priorizar os cuidados com a saúde de sua filha em detrimento das próprias necessidades básicas da família. Os estudos realizados pela Samantha Lynn Serrano (2021) com mulheres migrantes bolivianas também apresentaram essas dificuldades, as mulheres não conseguiam se aderir ao tratamento e nem fazer acompanhamento médico devido aos custos de transporte, situação que reafirma a necessidade de garantir o direito à mobilidade para pessoas de baixa renda.

Como mulher negra, Sita está inserida em um contexto no qual a interseção entre raça, gênero e meios de vida influencia diretamente as suas vivências e as dificuldades que ela enfrenta diariamente. A pobreza menstrual, também presente nas narrativas de cuidado de Yulimar (mulher negra, heterossexual, mãe de uma criança que nasceu no Brasil e nove adolescentes que moram na Venezuela) e Marimar (mulher boliviana, heterossexual, mãe de duas crianças), duas mulheres racializadas, é mais uma dimensão dessas desigualdades. A Yulimar enfrentou essa dificuldade durante sua jornada migratória e quando estava morando nas ruas. Diante dessa situação, elas utilizam os recursos disponíveis, no caso da Yulimar destina parte do dinheiro obtido das esmolas ou venda de balas nos semáforos para a compra de absorventes. Já Sita e Marimar recorreram ao uso de panos de tecido.

Nesse sentido, a pobreza menstrual não se resume apenas à falta de acesso a absorventes, mas também à falta de recursos essenciais para vivenciar o ciclo menstrual de forma digna, como água potável, saneamento e produtos de higiene, como destacam Elizabete Bezerra Patriota e Vilma Leite Machado de Amorim (2021). É necessário colocar esse tema na agenda política e buscar soluções que atendam às necessidades das pessoas que menstruam, considerando uma perspectiva interseccional.

Nesse contexto, as iniciativas do terceiro setor e das próprias comunidades de migrantes desempenham um papel crucial ao suprir as lacunas deixadas pelo Estado. Para Sita e Marimar, a inclusão de absorventes nas cestas básicas fornecidas pelos coletivos de mulheres aos quais pertencem fez uma diferença significativa em seu cuidado.

Isto, são exemplos das dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente aquelas que dependem de programas de assistência social. No caso das nossas interlocutoras, Sita recebia bolsa

família e Isabela, Yulimar e Vallita recebiam o auxílio emergencial, o que muitas vezes era a única fonte de renda, é preciso também assinalar que no caso de Yulimar e Vallita dividiam parte do auxílio no envio de remessas a Venezuela.

Em relação à moradia, Yulimar morava com seu parceiro e apenas a filha caçula em um centro de acolhida para famílias em estado de vulnerabilidade, enquanto as outras nove interlocutoras viviam em vivendas alugadas. Flor e Loreto moravam com sua parceira, Mary morava com seu parceiro e com as pessoas que trabalhavam na casa-oficina de costura. Marimar morava com suas duas crianças e seu parceiro em uma casa-oficina de costura, Mariela morava com sua criança e seu parceiro, Euge morava com sua criança e Sita morava com suas duas crianças e três adolescentes e seu parceiro, Isabela morava com uma amiga, e Vallita morava sozinha. Durante a pandemia, muitas delas solicitaram reajustes no preço do aluguel para conseguirem se manter no local.

Ditas vivências, nos reafirmam que garantir o acesso à saúde vai além de serviços médicos adequados, envolvendo a consideração de fatores como transporte acessível, moradia adequada, segurança alimentar e outros direitos essenciais. Portanto, embora a universalidade seja um princípio reconhecido, é necessário que o Estado enfrente os desafios e supere os obstáculos que limitam o acesso ao direito à saúde, como é a garantia de condições dignas de vida.

Equidade

A equidade na saúde é um conceito multidimensional que transcende a mera distribuição de cuidados de saúde, como argumentado por Amartya Sen (2002) e Fernando Passos Cupertino de Barros e Maria Fátima de Sousa (2016). Ela abrange não apenas o nível de saúde alcançado e a capacidade de obtê-lo, mas também a justiça dos processos envolvidos, demandando que a assistência seja prestada de forma imparcial e sem discriminação.

Nas experiências compartilhadas por nossas interlocutoras, todas elas relataram ter sido testemunhas ou vítimas de discriminação nos serviços de saúde público, direta ou indiretamente, com base a sua raça/cor, nacionalidade, orientação sexual, nível de escolaridade e até mesmo sua proficiência em português. A experiência da Mary ilustra isso: “[...] por el hecho de ser blanca, ellos siempre piensan que soy brasileña [...] solo para saber que soy extranjera es cuando abro la boca [...] es un tratamiento desigual [...]” (Mary, colombiana, branca, heterossexual). Isto exemplifica como o racismo é estrutural, ao associar automaticamente a nacionalidade brasileira a uma raça/cor predefinida como branca e a um determinado domínio da língua portuguesa, como é o caso da identificação da Mary, ignorando o fato de que mais da metade da população deste país é negra, além de negar a existência das comunidades indígenas e das mais de duzentas línguas existentes neste país.

Também, os estereótipos ligados a nacionalidades afetam o atendimento de saúde, como ocorreu com minha amiga peruana após um acidente de bicicleta. Testemunhas ligaram para o SAMU, mas a equipe demorou a chegar, justificando: “No Brasil é diferente do Japão”, presumindo erroneamente que ela era japonesa com base em suas características físicas. Quando a sua verdadeira nacionalidade foi revelada, o tratamento mudou, pois deixaram de explicar detalhadamente os procedimentos de primeiros socorros para ela e passaram a direcionar sua atenção para a pessoa que a atropelou, a qual estava completamente nervosa. E, em vez de levá-la a um hospital próximo, dita equipe a deixou na rua sob os cuidados da motorista que a atropelou.

Estando na sala de emergência de um Hospital Universitário, tivemos que demonstrar nossa escolaridade e conhecimento em saúde para convencer o médico-chefe a fornecer um tratamento específico para a lesão nos ligamentos causada pelo acidente. Ele repreendeu nosso pedido em voz alta, alegando que o sistema público de saúde não estava preparado para tratar esse tipo de lesão, comparando-nos ao famoso jogador de futebol Neymar.

Porém, o mesmo médico-chefe e sua equipe de residentes forneciam um atendimento cuidadoso, com um tom de voz adequado e em inglês, para um homem branco de olhos claros, cabelo loiro e falante de inglês, acompanhado por uma mulher branca brasileira. Isso ressalta uma situação de disparidade no atendimento por razão da nacionalidade da pessoa atendida, como mencionado por Rocio Bravo Shuña e Nuria Margarit Carbassa (2020):

[...] A imigração, como menciona Abdelmalek Sayad (2008), nos permite questionar os fundamentos geopolíticos que envolvem a junção Estado-Nação. Da mesma forma, nos permite observar que as migrações não são lidas da mesma maneira, existem outras características que permeiam a relação desigual entre imigrantes, nacionais-natos e o Estado, definida pela conjuntura socioeconômica e política do país de origem, assim como seu histórico colonizador/colonizado, os adendos da cor/raça/etnia, o gênero, a orientação sexual e a língua quase pré-designam os direitos, os deveres de assimilação bem como as barreiras (in)superáveis que terão (Shuña e Carbassa, 2020, p. 165).

Assim, diversos fatores influenciam a percepção da nacionalidade, estando intrinsecamente ligados a uma estrutura racista que estabelece uma ordem hierárquica de aceitação pelas pessoas cidadãs nativas, na qual a representação branca é considerada mais próxima da população brasileira. Essa realidade se reflete na forma como pessoas brancas provindas de países colonizadores têm mais chances de serem aceitos nos processos de garantia de direitos.

No estudo conduzido por Samantha Lynn Serrano (2021), é destacado como a xenofobia¹² e o racismo perpetuados por profissionais de saúde criavam um ambiente de constante tensão para as mulheres migrantes no acesso aos serviços de saúde pública. Elas eram interpeladas devido à sua falta de domínio da língua portuguesa e eram alvo de estereótipos baseados em sua nacionalidade e costumes. Como resultado, muitas delas, mesmo buscando atendimento médico para garantir seu direito à saúde, acabavam não conseguindo acompanhar todo o tratamento médico.

Consequentemente, algumas mulheres migrantes desistiram de reivindicar seus direitos e procuraram outras formas de cuidado, a fim de evitar expor-se a mais situações de violência. Isso ressalta a existência de um “não-pertencimento” no qual determinadas migrações são colocadas, uma realidade na qual o acesso aos cuidados de saúde é limitado e as mulheres migrantes são deixadas em uma posição vulnerável.

Esse sentimento de “não-pertencimento” também se manifesta quando os protocolos de atendimento à saúde da mulher se limitam a uma abordagem heteronormativa, com ênfase na saúde reprodutiva. A Loreto, que ia pela primeira vez a uma consulta ginecológica desde que tinha chegado no Brasil, teve essa sensação de não estar no lugar certo quando foi de cara questionada pelo ginecólogo: “¿Cuántos meses tiene?, [...] sé que é ginecología, pero eso no significa que uno va a ginecologia porque está embarazada o quiere una pastilla anticonceptiva [...] fui allí a solo escuchar reto [...] el tema es que no me hice ni un examen, salí de ahí no me hice nada [...]” (Loreto, chilena, branca, lésbica). Esse exemplo ilustra como as mulheres migrantes podem se sentir excluídas e negligenciadas quando os serviços de saúde não consideram suas necessidades e experiências específicas.

Por outro lado, mesmo as mulheres que buscam atendimento durante a gravidez nem sempre recebem um tratamento adequado, pois outros elementos são tensionados, como a idade da gestante e a percepção de profissionais da saúde sobre o que é considerado uma gravidez de risco. Essa foi a experiência da Mariela:

¿Cuál es el problema de ser mamá a los 40 años? y ahí empecé a ver que [...] a partir de los 35 años ya eres un embarazo de riesgo. Yo quería tener un parto humanizado y eso me lo estaban negando [...] el parto me tenía asustada [...], ver que el embarazo lo tratan como una enfermedad, [...] entonces no te llevas eso con tranquilidad porque todo el tiempo puede estar pasando algo malo ¿Sabes? ¡Eso es bien estresante! Sobre todo,

¹² A Verena Stolcke (1991) também trouxe a debate a xenofobia seletiva baseada em raça e nacionalidade de migrantes, onde argumenta que a xenofobia não afeta a todas as pessoas migrantes indiscriminadamente, muitas vezes poupam a migrantes que são lidos como brancos. Essa seleção de migrantes indesejados, ou seja os não-brancos, carrega consigo uma conotação de racismo, e, nesse contexto, o termo “xenorracismo” para a autora englobaria as duas dimensões.

en ese estado [...].

[...] pasamos a la ginecóloga [...], me dijeron ‘¡ya! empezó el trabajo de parto, te tienes que quedar’, [...] cuando veo que en la receta estaba escribiendo ‘misoprostol’, [...] que es para inducir el parto, yo le dije ‘yo no quiero que me induzcan el parto’ y la tipa me miró así [Mariela faz gesto de desagrado] y lo tachó, y me dijo ‘bueno’, ¡ni siquiera me pregunto!, si no hubiese estado atenta a la receta [...], me hubieran inducido al parto sin que yo quisiera [...]

(*Mariela*, chilena, parda/mestiça, heterossexual, mãe de uma criança).

A vivência da Mariela revela como a idade da gestante e a visão de profissionais de saúde sobre a gravidez podem afetar negativamente o cuidado oferecido. A medicalização excessiva e o tratamento da gravidez como uma doença geram ansiedade e estresse para as mulheres, negando-lhes o direito de um parto humanizado e respeitoso. A falta de diálogo e a imposição de procedimentos sem consentimento também são evidenciados no relato dela, destacando a importância de se levar em conta as preferências e desejos das mulheres durante o processo de cuidado.

Os relatos compartilhados evidenciam as situações de desigualdades enfrentadas pelas mulheres migrantes ao buscarem atendimento nos serviços de saúde, resultando frequentemente em um sentimento de “não-pertencimento”, como visto nos casos de Loreto e Mariela. A falta de sensibilidade em relação às suas necessidades específicas e preferências de cuidados desafia o princípio da equidade, uma vez que a exclusão e a negligência surgem quando as intersecções de raça/cor, nacionalidade, orientação sexual, grau de escolaridade e idade são consideradas hierarquicamente na prestação de serviços de saúde.

Integralidade

A integralidade na saúde do SUS envolve cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas, incentivando a promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência aos agravos em todos os níveis. É um dos principais pilares da Atenção Primária, garantindo a assistência integral à saúde do indivíduo e de sua família, com a articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde (Costa de Souza, Menezes de Araújo, Matos Reis Júnior, Nascimento Souza, Benemerita Alves Vilela, e Batista Franco, 2012).

Por isso, conforme mencionado por Rosane Teresinha Fontoura e Cristiane Nunes Mayer (2006), para alcançar a integralidade na saúde, é essencial que profissionais incorporem uma abordagem integral em suas práticas diárias. Isso envolve trabalhar com um conceito amplo de saúde, valorizando a ideia de equipe e ampliando o conceito de cuidado, colocando as necessidades

da pessoa usuária no centro do pensamento e da produção do cuidado. A integralidade busca um sistema de saúde centrado na pessoa usuária, evitando a fragmentação e adotando uma visão holística do indivíduo.

A integralidade busca garantir o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde, oferecendo respostas abrangentes e adequadas, valorizando a pessoa usuária como inserida em uma comunidade. Ao refletir sobre esse princípio, também é importante pensar nas práticas de cuidado, acolhimento e humanização, que são instrumentos para desenvolver uma assistência integral tanto em nível individual quanto coletivo (Fontoura e Mayer, 2006).

A Estratégia Saúde da Família desempenha um papel fundamental na promoção da integralidade na saúde, especialmente por meio da atuação dos agentes comunitários de saúde e do envolvimento da comunidade. Essa abordagem se torna ainda mais evidente ao analisar as experiências de Isabela e Euge, duas pessoas migrantes que tiveram diferentes vivências ao acessar os serviços de saúde do SUS.

Isabela conta que: “[...] En realidad, desde que llegué, la dueña de casa me orientó, me dijo que iba a mandar a una de sus amigas, que era agente de salud, para que me visite y me cadastre. Y fue bien fácil, le presenté el carné boliviano de las tres, el CPF de las tres y pronto, nos dieron el cartón SUS [...] (Isabela, boliviana, indígena, heterossexual, mãe de uma pessoa jovem)”. Assim, Isabela, mesmo sem possuir a documentação migratória brasileira, conseguiu se cadastrar e ter acesso aos serviços do SUS. Essa abordagem integral facilitou sua inclusão e possibilitou o conhecimento dos serviços de saúde disponíveis.

Por outro lado, Euge somente após superar a barreira que a obrigava apresentar um comprovante de residência para obter o cartão SUS, ela conseguiu usufruir da integralidade oferecida pelo sistema de saúde:

[...] una vez que también yo tenía los documentos y que también tenía mi casa, tenía un comprobante de residencia, porque ahí empecé a vivir el SUS de otra manera, venía una agente comunitaria de salud a mi casa, bueno, y con el pre natal, la verdad es que tuve mucho acompañamiento, por parte de la UBS [...].

[...] Después que parí, al día siguiente llegaron a mi casa, el médico, la enfermera de la UBS, la agente comunitaria, para revisarme a mí y al bebé, o sea todo ¡Era muy perfecto! [...]

(Euge, argentina, branca, lésbica, mãe de uma criança)

Essas histórias ressaltam a necessidade contínua de promover uma abordagem inclusiva e acolhedora, com a participação ativa da comunidade no território que reconheça e atenda às necessidades de saúde de todas as pessoas, independentemente de sua origem ou condição migratória. A busca

pela integralidade na saúde deve ser constante, buscando garantir que todas as pessoas tenham acesso a serviços de qualidade, baseados na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência integral em todos os níveis.

As Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS)¹³, é uma via importante para a promoção da saúde, entre os serviços que oferecem está a acupuntura e uso de ervas medicinais, relevantes para somar nos cuidados da saúde, as pessoas migrantes quando tem conhecimento deste serviço o usufruem. Porém, por vezes precisa da referência de uma pessoa médica que nem sempre as ofertam. Na experiência de Loreto, ela teve que insistir ao médico que lhe desse esse encaminhamento:

Cuando foi no médico pela minha alergia [...] había un cartelito bien chiquitito y bien así alejado de dónde te atienden, en donde decía eso de la medicina alternativa y como nunca fui buena de tomar medicamento, [...] ahí pedí eso al médico [...] hubo una resistencia en darme la orden [...] tuve que decirle, yo vi un cartel, una placa fuera y le expliqué que yo quería eso, si es posible darme la orden, igual súper respetuosa, intentando dibujar las palabras... para poder manifestar también lo que yo estaba necesitando, ahí él me dio la orden primero de los medicamentos, de lo que yo necesitaba hacer según perspectiva de él... y cuando continúe, continúe insistiendo que yo quería, necesitaba esa orden para poder recibir este tratamiento, él terminó dándome [...]

(Loreto, chilena, branca, lésbica)

A situação vivida por Loreto ilustra a necessidade de uma maior sensibilização e educação de profissionais de saúde sobre as PICS, assim como uma abordagem mais inclusiva e respeitosa em relação às escolhas terapêuticas das pessoas usuárias dos serviços de saúde. É essencial que profissionais médicos estejam abertos a ouvir as necessidades e preferências das pessoas usuárias, garantindo um diálogo aberto e empático.

Além disso, é importante promover uma divulgação mais ampla e clara das PICS, para que as pessoas possam conhecer e acessar esses recursos terapêuticos complementares. A medicina alternativa pode desempenhar um papel importante no cuidado integral da saúde, oferecendo opções de tratamento mais naturais e menos invasivas. Portanto, é fundamental que as pessoas tenham o direito de fazer escolhas informadas e receber o apoio necessário para acessar os tratamentos alternativos que melhor atendam às suas necessidades individuais.

No contexto da saúde migrante, é ainda mais crucial garantir a disponibilidade e acessibilidade das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde

¹³ Veja-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no link: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/acervo/Mzc=>

(PICS), pois essas práticas podem respeitar e valorizar as tradições culturais e crenças das pessoas migrantes, promovendo uma abordagem mais inclusiva e culturalmente sensível. Esse aspecto é confirmado pela pesquisa realizada por Samantha Lynn Serrano (2021), na qual as migrantes bolivianas entrevistadas buscavam o uso de ervas naturais para cuidar da saúde, tanto para tratar doenças menores, como resfriados, quanto como complemento a tratamentos farmacológicos.

Durante a pandemia, a efetivação do princípio da integralidade também foi impactada, pois nem todos os serviços de saúde do território conseguiram manter seu pleno funcionamento. Alguns serviços, como as visitas dos agentes comunitários de saúde, foram limitados. Essas visitas são consideradas essenciais por Marimar, pois ajudavam no agendamento de consultas médicas e no acompanhamento da vacinação. Ela expressa a importância desse serviço ao afirmar:

[...] Yo creo que deben ir a las casas como venían anteriormente, venían a marcar las fechas y todo, [...] ahora que ha disminuido, no hay [...]. Ellos me ayudaban en agendar, en ver si la cartera de vacunas estaba todo al día o si faltaba, digamos, me decía “tienes que ir, está marcada la fecha” y todo eso venían a controlar a mi pequeña, la mayorcita que tenía que pasar por eso, mi pequeño no, ni yo, nosotros teníamos que pasar al centro donde recibimos los medicamentos de HIV [...]

(Marimar, boliviana, heterossexual, mãe de duas crianças)

Essa situação demonstra como a falta dessas visitas domiciliares do pessoal agente comunitário de saúde teve um impacto negativo no cuidado e acompanhamento da saúde das pessoas migrantes durante a pandemia. Essa falta de contato direto também foi observada por Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo, Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Romário Correia dos Santos, Dara Andrade Felipe e Agleildes Arichele Leal de Queirós (2021) e Anne Louse de Souza Soares et al. (2022), que relataram a suspensão ou modificação das ações de agentes comunitários de saúde, restringindo as visitas apenas a espaços abertos. Como alternativa, foram adotadas estratégias de comunicação, como o uso de aplicativos, redes sociais e ligações telefônicas, porém essas opções apresentam limitações para as pessoas migrantes que não possuem acesso a dispositivos móveis, crédito ou internet, como possivelmente ocorreu com Marimar.

Diante disso, é fundamental que sejam adotadas medidas para garantir a continuidade e aprimoramento da integralidade na saúde do SUS, especialmente no contexto da migração. É necessário investir na capacitação dos profissionais de saúde, promovendo uma formação que contemple a abordagem integral e humanizada, bem como relevar a importância das práticas integrativas e complementares de saúde. Além disso, é preciso fortalecer as redes de apoio e parcerias entre os diferentes atores envolvidos na assistência à saúde, como as equipes da Estratégia Saúde da Família, o pessoal agente comunitário de saúde e as organizações da sociedade civil.

A GUIA DO CUIDADO COMO DIREITO

Ao longo deste artigo, enfatizamos a importância de compreender o cuidado em saúde como um direito no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Dividimos as narrativas das vivências de cuidado de nossas interlocutoras por meio dos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

O cuidado não deve ser apenas uma prática assistencial, mas sim uma perspectiva abrangente que impulsiona diálogos e reflexões no campo do conhecimento, saberes e práticas em saúde. Ao reconhecer o cuidado como um direito, estamos habilitados a garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde para todas as pessoas, incluindo migrantes, e a exigir que o Estado cumpra seu papel de fornecer as condições necessárias para o exercício desse direito.

No entanto, é crucial abordar os estereótipos e a discriminação presentes nos serviços de saúde pública, pois essas atitudes podem intensificar a sensação de não pertencimento das pessoas migrantes. Essa sensação de não pertencimento pode ter efeitos negativos nos cuidados de saúde, levando à falta de adesão ao tratamento médico, evitando a busca por serviços públicos e até mesmo minando o comprometimento com a defesa do SUS como um direito que também lhes pertence. As experiências compartilhadas pelas interlocutoras revelam a existência de racismo estrutural, estereótipos e preconceitos que afetam negativamente a forma como os profissionais de saúde prestam atendimento. Portanto, é fundamental combater essas práticas discriminatórias para garantir um cuidado justo e equitativo, promovendo a igualdade de acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas.

Nesse sentido, a noção de cuidado como direito deve estar presente desde a concepção das políticas públicas, permeando todas as etapas de sua operacionalização. As pessoas gestoras e profissionais de saúde devem considerar as especificidades e necessidades da população atendida, levando em conta aspectos como gênero, raça, classe social e cultura. Essa abordagem interdisciplinar e sensível às diversidades é fundamental para garantir a efetivação do direito à saúde no contexto do SUS.

A garantia do direito à saúde no âmbito do SUS requer uma visão integral do cuidado, que não se restrinja apenas à saúde física, mas também engloba a saúde mental, emocional e social dos indivíduos. Reconhecer o cuidado como direito implica respeitar a autonomia e a dignidade, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde e valorizando as diversidades e singularidades de cada pessoa.

Portanto, para efetivar o direito à saúde no âmbito do SUS, é imprescindível que as noções de cuidado como direito sejam incorporadas de maneira

transversal e sistêmica nas políticas públicas. Somente assim será possível construir um sistema de saúde mais inclusivo, justo e capaz de atender às necessidades da população de forma integral e equitativa. Ao considerar as demandas específicas das pessoas migrantes e combater ativamente a discriminação, estereótipos e preconceitos, estaremos promovendo uma sociedade mais justa e solidária, onde todos tenham acesso digno aos cuidados de saúde.

Ademais, a pandemia da COVID-19 evidenciou ainda mais a importância do cuidado e da existência de estruturas e pessoal capacitado e disponível para garantir esse direito, juntamente com a implementação de ações intersetoriais que abordem as necessidades básicas das pessoas, como transporte acessível, moradia adequada e segurança alimentar.

Uma outra provocação sobre este tema é que as experiências migratórias relacionadas ao cuidado, especialmente as femininas, nos levam a ampliar o debate sobre esse tema, passando do contexto de um direito garantido por um estado-nação para um direito transnacional. A migração transcende fronteiras e coloca em evidência a necessidade de reconhecer e abordar o cuidado de forma mais abrangente, considerando as complexidades e interseções de gênero, raça, classe social e nacionalidade (López, Guizardi, González Torralbo, Magalhães e Araya, 2022).

A pandemia evidenciou a fragilidade das estruturas de cuidado em todo o mundo, reforçando a necessidade de uma abordagem transnacional para essa questão. As deficiências nos sistemas de cuidado nos países que recebem migrantes, especialmente as mulheres, ressaltam as vulnerabilidades e discriminações interseccionais enfrentadas por essas pessoas.

Como afirma Heloíse Siqueira-Garcia, Kassy Gerei Dos-Santos e Leandro Teixeira-Ghilardi (2020) a pandemia da Covid-19 foi uma realidade transnacional que mobilizou relações políticas, sociais, econômicas e jurídicas que exigiam respostas rápidas e eficazes para além das medidas adotadas pelo estado-nação, o que demonstrou claramente que problemas transnacionais requerem de respostas transnacionais, abrindo a discussão da saúde como Direito Transnacional.

A importância de olhar o cuidado como um direito transnacional, abre espaço para o reconhecimento da igualdade de direitos de todas as pessoas, independentemente de sua origem ou condição migratória. Uma abordagem transnacional do cuidado possibilitaria que o direito à saúde e o bem-estar das pessoas migrantes não fosse limitada por fronteiras geográficas ou nacionalidades. Destacando assim, a necessidade de políticas públicas e estruturas de suporte que garantam o acesso igualitário aos serviços de saúde, apoio social e outros direitos fundamentais, independentemente do status migratório.

Além disso, o olhar para o cuidado como um direito transnacional promoveria uma mudança de paradigma, enfatizando a importância de

sociedades inclusivas, que valorizam a diversidade e respeitam a dignidade de todas as pessoas. Isso requer a promoção da colaboração entre países, o reconhecimento da interdependência global e a responsabilidade compartilhada no cuidado, bem como o fortalecimento dos mecanismos de proteção social e o estímulo ao diálogo e à cooperação entre todas as partes envolvidas.

O cuidado não pode ser limitado a um único país ou a um sistema de saúde nacional, mas deve ser encarado como uma questão transnacional que exige uma abordagem integrada e solidária. Ao reconhecer e abordar o cuidado como um direito transnacional, podemos avançar na construção de sociedades mais justas e igualitárias, onde todas as pessoas, independentemente de sua nacionalidade ou condição migratória, tenham acesso a cuidados adequados e dignos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrela Romero, Belén. (2004). La acción social y las mujeres inmigrantes: ¿Hacia unos modelos de intervención?. *Portularia*, 4, 31-42.

Amâncio Dos Santos, Dayse e Barbosa Da Silva, Laurileide (2021). Relações entre trabalho e gênero na pandemia do covid-19: o invisível salta aos olhos. *Oikos: Família E Sociedade Em Debate*, 32(1), 10-34.

Ayres, José Ricardo, Paiva, Vera, Buchalla, Cassia Maria (2012). Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. Em Paiva, Vera, Ayres, José Ricardo, Buchalla, Cassia Maria (organizadores). *Livro I: da doença à cidadania. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. (9-22). Curitiba; Brasil: Editora Juruá.

Brage, Eugenia (2023). Migración y salud: reflexiones a partir de una etnografía en centros de salud en São Paulo, Brasil, y Buenos Aires, Argentina, durante la pandemia de COVID-19. *TRAVESSIA - Revista Do Migrante*, 1(95), 39-56.

Brah, Avtar (2016). Diferença, Diversidade, Diferenciação. *Cadernos Pagu*, (26), Campinas-SP, Núcleo De Estudos De Gênero-Pagu/Unicamp, 329-376.

Barros, Fernando Passos Cupertino de, Sousa, Maria Fátima de (2016). Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde E Sociedade*, 25(1), 9-18.

Batthyány, Karina (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Buenos Aires: CLACSO.

Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Antônio Tadeu De, Silva, Bianca Guimarães (2021). *Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio 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, DF: OBMigra.

Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Antônio Tadeu De, Silva, Bianca Guimarães (2022). *Relatório Anual 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, DF: OBMigra.

Crenshaw, Kimberle (2002). A Interseccionalidade da discriminação de raça e gênero. *Cruzamento: raça e gênero. Painel 1*, 7-16. Recuperado de: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253342/mod_resource/content/1/InterseccionalidadeNaDiscriminacaoDeRacaEGenero_KimberleCrenshaw.pdf.

Coelho, Edméia de Almeida Cardoso, Silva, Carla Tatiane Oliveira, Oliveira, Jeane Freitas De, Almeida, Mariza Silva (2009). Integralidade Do Cuidado À Saúde Da Mulher: Limites Da Prática Profissional. *Escola Anna Nery*, 13(1), 154-160.

Costa de Souza, Marcio, Menezes de Araújo, Thamyres, Matos Reis Júnior, Wanderley, Nascimento Souza, Jairose, Benemérita Alves Vilela, Alba, e Batista Franco, Túlio (2012). Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *O Mundo Da Saúde*, 36(3), 452-460.

Cymbalista, Renato e Rolnik Xavier, Iara (2007). A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cadernos Metrópole* (17), p. 119-133.

Da Costa Sousa, Aione Maria (2014). Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *Revista Katálisis*, 17(2), 227-234.

Delamuta, Karly Garcia, Mendonça, Fernanda de Freitas, Domingos, Carolina Milena, e Carvalho, Marselle Nobre De (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(8), e00087019.

De Souza Soares, Anne Louise, Freire, Adna Vivianne Rocha, de Vasconcelos Filho, Carlos Roberto Monteiro, Das Neves Costa, Jessyca Alves, Medeiros, Alessa de França Cunha, Pantoja, Jorgeane Pedrosa, e Do Vale Silva, Tatiane Bahia (2022). Covid-19: repercussões na saúde e no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(2). e9693.

Evaristo, Conceição (2020). A Escrivivência E Seus Subtextos. *Escrevivência: A Escrita De Nós: Reflexões Sobre A Obra De Conceição Evaristo*, 1, 26-46.

Fontoura, Rosane Teresinha, e Mayer, Cristiane Nunes (2006). Uma Breve Reflexão Sobre A Integralidade. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 59(4), 532-536.

Foucault, Michel (2002). *La Arqueología del Saber*. 1ª edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

Guerra, Katia, e Ventura, Miriam (2017). 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*, 25(1), 123-129.

Haraway, Donna (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 07-41.

Haraway, Donna (2009). Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. Em Tadeu Tomaz (organizador), *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano* (pp. 33-118). Tradução de Tomaz Tadeu, 2ª edição. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019). *Pesquisa nacional de saúde: 2019: Informações sobre domicílios e acesso e utilização dos serviços de saúde*.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2020). *Mapeamento dos Profissionais de Saúde no Brasil: Alguns Apontamentos em Vista da Crise Sanitária da Covid-19. Nota Técnica 2020 - Abril - Número 30*.

Lagarde, Marcela (2003). Mujeres cuidadoras entre la obligación y la satisfacción. En SARE 2003 “*Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado*”. Bilbao: Emakunde. Recuperado de: https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_jornadas/es_emakunde/adjuntos/sare2003_es.pdf

López, Eleonora, Guizardi, Menara, González Torralbo, Herminia, Magalhães, Lina, e Araya, Isabel (2022). Cuidados e migração: um guia de leituras. *Périplos: Revista De Estudos Sobre Migrações*, 6(2).

Méllo, Lívia Milena Barbosa de Deus E, Albuquerque, Paulette Cavalcanti De, Santos, Romário Correia Dos, Felipe, Dara Andrade, e Queirós, Agleildes Arichele Leal De (2021). Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e210306.

Neves, Sofia, Nogueira, Conceição (2005). Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 18(3), 408-412.

Olesen, Virginia (2006). Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio. Em: Denzin, Norman, e Lincoln, Yvonna (Organizadores). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (pp. 219-256). Porto Alegre: Artmed.

Oliveira, Déborah Cristina, e D'elboux, Maria José (2012). Estudos Nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 65: 829-838.

Oliveira, Luana Carvalho De (2022). *Os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas a partir de uma análise interseccional*. (Dissertação de Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto.

Patriota, Elizabete Bezerra, e Amorim, Vilma Leite Machado De (2021). (In)Dignidade Menstrual: A face feminina da pobreza. Em: *Conhecimento dissidente, cura coletiva e novas modulações da experiência*. V Seminário Internacional Desfazendo Gênero, Alagoas.

Pinheiro, Roseni, e Mattos, Ruben Araújo De (2006). *Cuidado: As Fronteiras Da Integralidade*. Rio De Janeiro, Brasil: CEPESC/UERJ, ABRASCO.

Piscitelli, Adriana (2012). Interseccionalidades, direitos humanos e vítimas. Em: Miskolci, Richard, e Pelúcio, Larrisa (Organizadores). *Discursos Fora Da Ordem: Sexualidades, Saberes e Direitos* (pp. 199-226). São Paulo: Annablume Editora, FAPESP.

Ribeiro, Clara Lemme (2019). Apontamentos sobre experiências contemporâneas femininas de migrações e trabalho. *Geografias*, (28), 200-223.

Rocha, Rudi, e Szklo, Michel (2021). Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018. *APS EM REVISTA*, 3(1), 66-74.

Sales, Orcélia Pereira, Vieira, Anderson Fernando Barroso, Martins, Antonio Marques, Garcia, Leandro Guimarães, e Ferreira, Ruhena Kelber Abrão (2019). O Sistema Único de Saúde: Desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Humanidades e Inovação*, 6(17), 54-65.

Sen, Amartya (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 11, n. 5/6, 302-309.

Serrano, Samantha Lynn (2021). *Cuidados sem fronteiras-mulheres imigrantes bolivianas, maternagem e saúde na Grande São Paulo* (Tese de doutorado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Shuña, Rocio Bravo; Carbassa, Nuria Margarit (2020). A Política Municipal para a População Imigrante: reflexões a partir de uma perspectiva de gênero. Em: Mariana Prioli Cordeiro; Maria Fernanda Aguilar Lara; Henrique Araújo Aragusuku; Rodolfo Luís Almeida Maia (Organizadores). *Pesquisas em psicologia e políticas públicas II* (pp. 158-175). 1ª edição. São Paulo: IPUSP, v. 2.

Siqueira-Garcia, Heloise, Dos-Santos, Kassy Gerei, e Teixeira-Ghilardi, Leandro (2020). A pandemia da Covid-19 como realidade transnacional. *Opinión Jurídica*, 19(spe40), 495-512.

Stolcke, Verena (1991). Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade?. *Estudos Afroasiáticos*, (20), 101-119.

Carvalho, Luciana de Andrade, Cunha, Samuel Frota, Feola, Caio Augusto e Pereira, Alexandre Branco (2023). O processo diagnóstico transcultural: notas autoetnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiados em São Paulo. *PERIPLOS. Revista de Investigação sobre Migrações*, 7(2), 63-95.

O processo diagnóstico transcultural: notas autoetnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiados em São Paulo

El proceso de diagnóstico transcultural: apuntes autoetnográficos en un ambulatorio psiquiátrico para inmigrantes y refugiados en São Paulo

Luciana de Andrade Carvalho¹
Samuel Frota Cunha²
Caio Augusto Feola³
Alexandre Branco Pereira⁴

RESUMO

Este artigo pretende discutir a atuação de médicos psiquiatras e residentes em psiquiatria em um ambulatório destinado a oferecer tratamento médico de saúde mental balizado pelos pressupostos epistemológicos da Psiquiatria Social e Cultural. Os dados apresentados baseiam-se na atuação de psiquiatras e antropólogos no Programa de Psiquiatria Social e Cultural (ProSol) do IPq-HCFMUSP, um serviço psiquiátrico do SUS que fornece atenção médica a populações imigrantes, refugiadas e indígenas. Utilizamos uma abordagem autoetnográfica para analisar nossa própria atuação em um contexto de estabelecimento de diagnóstico psiquiátrico para uma imigrante nigeriana igbo, realizando também remissões teórico-epistemológicas que embasam a prática médica no ambulatório em questão. Por meio da reflexividade, interrogamos as categorias diagnósticas de transtorno de personalidade,

¹ Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ HC FMUSP). E-mail: luciana_carvalho@usp.br.
Red académica: <https://orcid.org/0000-0001-5091-8379>

² Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ HC FMUSP). E-mail: samuelfrotac@gmail.com
Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-9829-1197>

³ Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ HC FMUSP). E-mail: caiofeola@gmail.com
Red académica: <https://orcid.org/0009-0006-5387-5208>

⁴ Universidade Federal de São Carlos. E-mail: alebrancop@gmail.com
Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-3513-5728>

de maneira geral, e de Transtorno de Personalidade Borderline, de maneira específica. Por fim, advogamos pela construção de estratégias coletivas e em rede de cuidado, povoando a experiência clínica com múltiplos saberes.

Palavras-chave: Antropologia Médica. Diagnóstico. Migração. Psiquiatria. Transtornos da Personalidade.

RESUMEN

Este artículo pretende discutir la actuación de psiquiatras y residentes de psiquiatría en un ambulatorio diseñado para ofrecer tratamiento médico en salud mental orientado por los presupuestos epistemológicos de la Psiquiatría Social y Cultural. Los datos presentados se basan en el trabajo de psiquiatras y antropólogos del Programa de Psiquiatría Social y Cultural (ProSol) del IPq-HCFMUSP, un servicio de psiquiatría del SUS que brinda atención médica a poblaciones inmigrantes, refugiadas y indígenas. Utilizamos un enfoque autoetnográfico para analizar nuestro propio desempeño en el contexto de establecer un diagnóstico psiquiátrico para una inmigrante nigeriana igbo, además de realizar referencias teórico-epistemológicas que sustentan la práctica médica en la clínica en cuestión. A través de la reflexividad interrogamos las categorías diagnósticas del trastorno de personalidad, en general, y del Trastorno Límite de la Personalidad, en particular. Finalmente, propugnamos la construcción de estrategias colectivas y de redes de cuidados, poblando la experiencia clínica de saberes múltiples.

Palabras clave: Antropología Médica. Diagnóstico. Migración. Psiquiatría. Transtornos de la Personalidad

INTRODUÇÃO

Este artigo pretende discutir a atuação de médicos psiquiatras e residentes em psiquiatria em um ambulatório destinado a oferecer tratamento médico de saúde mental balizado pelos pressupostos epistemológicos da Psiquiatria Social e Cultural. O Programa de Psiquiatria Social e Cultural (ProSol) é um serviço psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS) que fornece atenção médica a populações imigrantes, refugiadas e indígenas. Ele propõe estabelecer, na estruturação do planejamento terapêutico dos pacientes atendidos, um diálogo entre a dimensão psiquiátrica e as dinâmicas sociais e culturais dos transtornos e perturbações mentais (Carvalho et al., 2018; Branco-Pereira, 2020a, 2022a e 2022b). O ProSol está inserido no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HCFMUSP) - um serviço do Sistema Único de Saúde, portanto -, e existe desde 1997. Foi fundado pelos psiquiatras Dr. Francisco Lotufo Neto

e Dra. Carmen Santana, que, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP), firmaram uma parceria com a Cáritas Arquidiocesana de São Paulo (CASP) para prestar atendimento psiquiátrico a refugiados e solicitantes de refúgio atendidos pelo Centro de Referência para Refugiados da CASP (CRR/CASP). Essa parceria levou também ao desenvolvimento do núcleo de saúde mental do CRR/CASP (Santana e Lotufo Neto, 2015).

A literatura dedicada a analisar o estabelecimento de serviços de saúde mental transculturais ou culturalmente sensíveis tem se voltado especialmente para a análise das perspectivas das populações atendidas (Pussetti, 2010 e 2017; Ferreira, 2011; Galina et al., 2017; Haydu, 2017). Embora a atuação de médicos e outros profissionais de saúde seja central para a compreensão do contexto descrito, ela frequentemente apresenta esses profissionais como informantes (Martin et al., 2022), e não como sujeitos da análise realizada, em especial na literatura direcionada às ciências sociais. Ainda que a antropologia médica, principalmente a estadunidense, tenha se dedicado a essa empreitada, em especial Arthur Kleinman e Byron Good, este é um empreendimento pluri-epistemológico pouco explorado no Brasil, onde a antropologia da saúde produz relatos sobre a prática médica geralmente em terceira pessoa (Sarti, 2010). Tal configuração antes contribui para a consolidação de assimetrias epistemológicas historicamente estruturadas do que a combate ao posicionar o escrutínio sobre a prática médica, em especial aquele feito em primeira pessoa e a partir de uma posição de reflexividade crítica, para fora do campo de discussão teórico-metodológica das ciências sociais, dificultando, assim, as possibilidades de colaboração. Neste trabalho, apresentaremos como um processo diagnóstico se realiza sob a perspectiva da equipe médica, apontando as dificuldades e dilemas próprios desse percurso. Daremos ênfase à reflexividade deste processo, considerando-se que a atuação descrita se deu em um ambulatório cuja proposta é precisamente avaliar a influência determinantes que extrapolam a dimensão biomédica das experiências de adoecimento mental.

Todos os autores deste trabalho atuaram ou atuam no ProSol: uma, como psiquiatra supervisora desde 2014; dois como residentes em psiquiatria, sendo responsáveis pelos atendimentos, em 2022; e um como antropólogo do serviço, entre 2017 e 2021. Utilizou-se, portanto, a auto-etnografia como ferramenta teórico-metodológica de coleta de dados, reconhecendo nossa própria experiência enquanto um fenômeno social passível de análise (Edwards, 2021) que conecta o autobiográfico - no caso, a atuação profissional em um ambulatório psiquiátrico - ao social e cultural (Ellis, 2004). Assim, apresentaremos uma observação de nossa participação destinada a produzir uma narrativa (auto)etnográfica (Tedlock, 1991) por meio de um relato de caso, aportando reflexividade epistemológica sobre nossa própria participação em campo e sobre as categorias que empregamos na negociação empreendida durante o processo diagnóstico.

O artigo está dividido em três seções. A primeira dedica-se a delinear o diagnóstico psiquiátrico enquanto uma categoria social e cultural.

Argumentamos que o processo de estabelecimento e consolidação de categorias diagnósticas em uma relação clínica é informado pelo contexto no qual ele se dá. Na configuração analisada neste artigo, essas categorias são frequentemente tomadas como hermenêuticas e de avaliação eminentemente clínica - i.e., aferidas por meio da avaliação da equipe de profissionais sem auxílio de marcadores de determinação biológica das patologias diagnosticadas. Buscaremos, portanto, refletir sobre nossa própria inserção no contexto, e sobre como tal inserção atua na fabricação do diagnóstico, procurando apontar os viesamentos derivados de nossa própria atuação. As categorias diagnósticas psiquiátricas são tomadas aqui enquanto categorias sócio-culturais que variam a partir da posicionalidade daqueles que as acionam, inclusive médicos e residentes.

Na segunda seção, passamos a discutir a construção histórica das categorias de transtorno de personalidade, de maneira ampla, e especificamente do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Essa remissão é necessária para contextualizar a emergência das categorias diagnósticas acionadas pela equipe médica para lidar com o caso da imigrante nigeriana analisado. Discutimos os determinantes sociais e culturais de tais transtornos, e como suas categorias diagnósticas correspondentes, apesar de consideradas universais da perspectiva psiquiátrica, são categorias situadas historicamente, econômica, social e culturalmente. Finalmente apresentamos a categoria diagnóstica de TPB, ressaltando questões colocadas pelos processos migratórios quando da elaboração deste diagnóstico específico, sublinhando os desafios colocados a profissionais da psiquiatria em um contexto de contato ou fricção entre dois diferentes sistemas de crença e de simbolização.

Por fim, passamos à discussão do processo diagnóstico da imigrante nigeriana igbo, iniciando pela apresentação do ambulatório, sua história e sua orientação teórico-epistemológica. Descrevemos seu caso, as percepções da equipe médica e o processo de negociação para o estabelecimento de seu diagnóstico, relatando como a posicionalidade dos médicos envolvidos afeta e altera as leituras feitas, interferindo na adoção de determinada categoria diagnóstica. Em um contexto onde todos são antropólogos (Wagner, 2012; Viveiros de Castro, 2002) - i.e., todos atores deste cenário são agentes de formulação de discursos e elucubrações teóricas sobre o que é um sujeito, uma cultura, uma sociedade e um saber -, e em que o estabelecimento e a consecução de uma relação são centrais para a definição de uma categoria explicativa do infortúnio da paciente, as leituras da equipe médica sobre a situação são feitas de maneira reflexiva, e o manejo clínico aparece como fator importante para a definição do diagnóstico. Frisamos também a importância de se tratar as categorias diagnósticas com uma abordagem não totalizante de maneira a não circunscrever a ideia de personalidade à ideia de transtorno.

O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO COMO CATEGORIA SOCIAL E CULTURAL: REFLEXÕES E METODOLOGIA

O processo diagnóstico - i.e., a avaliação de um indivíduo enfermo ou vítima de algum infortúnio e a subsequente atribuição de determinadas categorias de doenças padronizadas presentes em dado contexto - é pilar fundante da biomedicina. Este processo também é fundamentalmente uma prática social e cultural (Blaxter, 1978; Brown, 1990; Rosenberg, 2002; Jutel, 2009; 2015). As categorias e o processo diagnóstico são imprescindíveis para a produção da autoridade biomédica (Armstrong, 2011), e seu reconhecimento pode conferir legitimidade ao status de “doente” do paciente e mediar o acesso a determinados recursos no âmbito dos sistemas de saúde (Jutel e Nettleton, 2011; Petryna, 2013). Os diagnósticos podem simultaneamente ser caracterizados como forma de controle social (Brown, 1990) e fundamentar novas relações de solidariedade e processos de subjetivação (Rose e Novas, 2005). Por fim, os processos diagnósticos habitam uma zona de constante contestação, seja em razão das incertezas inerentes ao processo de encaixar experiências individuais em uma categoria supostamente universal, ou pelas contestações sociais e políticas acerca dos significados, conteúdos e implicações de categorias particulares de definição de processos de adoecimento (Nettleton et al., 2014; Pickersgill, 2014).

A análise de processos diagnósticos, em especial dos diagnósticos psiquiátricos, por parte da antropologia remonta ao início do século XX⁵ (Kaiser e Kohrt, 2019). O clássico *Sexo e Temperamento*, de Margareth Mead, já questionava, em 1935, o essencialismo biológico subjacente às normas de gênero, estabelecendo as bases para críticas antropológicas que desafiavam o consenso científico da psiquiatria à época, que definiam a homossexualidade enquanto uma doença mental (Mead, 2000). A antropologia da saúde e a antropologia médica foram responsáveis por estabelecer que o diagnóstico recebido por pacientes era intimamente relacionado à sua etnicidade e classe social (Good e Good, 1986), que aspectos culturais e a relação entre pacientes e curadores eram fulcrais para a definição de diagnósticos (Kleinman, 1977), e que a própria revolução terminológica ocorrida a partir da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) da Associação Americana de Psiquiatria, e mantida nas edições subsequentes, respondia a uma necessidade política de construção de categorias diagnósticas “a-teóricas” e “objetivas”, e era orientada por uma perspectiva fisicalista dos transtornos mentais representada por uma corrente hegemônica entre os psiquiatras daquele país (Russo e Venâncio, 2006).

⁵ É, aliás, atribuído ao antropólogo Edward Sapir, parte do movimento teórico da antropologia conhecido como *Cultura e Personalidade* - integrado pela já citada Margareth Mead e por Ruth Benedict -, a primeira referência ao campo disciplinar conhecido como psiquiatria cultural, uma proposta de unificação dos campos da etnologia e da psicanálise (Sapir, 1938).

Também são cada vez mais comuns as abordagens que tratam categorias diagnósticas enquanto eminentemente hermenêuticas e passíveis de tradução - frequentemente nomeadas como inter ou transculturais, e utilizadas em contextos de interstício entre os saberes modernos e extramodernos. Majoritariamente circunscritas à psiquiatria, essas abordagens baseiam-se na presunção de que determinadas etapas do processo de elaboração diagnóstica podem ser influenciadas por fatores sociais e culturais, alterando, assim, sua nomenclatura, a percepção qualitativa dos grupos que as produzem, a conformação do setting clínico destinado a desvendá-la, e as abordagens terapêuticas adotadas. Ainda assim, em se tratando de um mesmo fenômeno, seria possível identificar uma sintomatologia que extrapola às particularidades culturais, ainda que influenciada por elas, cabendo aos psiquiatras realizarem uma construção hermenêutica das categorias diagnósticas.

As principais correntes da psiquiatria social e cultural, transcultural, intercultural ou etnopsiquiatria - todas nomenclaturas que definem um arcabouço metodológico e teórico próprios - dividem-se entre aquelas produzidas no mundo anglófono, cujos principais expoentes são Arthur Kleinman (1977, 1988) e Laurence Kirmayer (2006), e aquelas produzidas no mundo francófono, cujos principais expoentes são George Devereux (1978), Tobie Nathan (s.d.) e Marie-Rose Moro (2015, 2018). A etnopsiquiatria francesa possui profunda influência da psicanálise e do estruturalismo francês, enquanto a psiquiatria social e cultural, ou psiquiatria transcultural, anglófona possuem um diálogo mais próximo da psiquiatria fisicalista ou biologicista estadunidense (Branco-Pereira, 2020a; 2022).

Assim, este trabalho propõe analisar o processo diagnóstico por meio de uma postura de reflexividade epistemológica crítica, apontando como as negociações diagnósticas se apresentam como processos dinâmicos que envolvem pacientes, equipes de saúde e seus contextos sociais, culturais, étnico-raciais e de classe. Buscamos refletir sobre nossa própria inserção no contexto, e sobre como tal posicionalidade influencia na fabricação do diagnóstico. As categorias diagnósticas são tomadas aqui enquanto categorias sócio-culturais que variam a partir da posicionalidade daqueles que as acionam, inclusive médicos e residentes. Assim, este trabalho evitará a reificação da ideia de alteridade radical atribuída a grupos sociais considerados extramodernos - i.e., excluídos da modernidade e de sua perspectiva ontológica universalizante. Apresentaremos uma observação da participação destinada a produzir uma narrativa (auto)etnográfica (Tedlock, 1991) por meio de um relato de caso, aportando reflexividade epistemológica sobre nossa própria participação em campo e sobre as categorias que empregamos na negociação empreendida durante o processo diagnóstico.

Consideramos que etnografia não é um método, mas uma teoria vivida (Peirano, 2008 e 2014). Dessa forma, nossa inserção longitudinal no ambulatório nos permite contribuir com dados etnográficos coletados ao longo das consultas, além de permitir uma reflexão sobre a atuação de médicos e residentes e

a agência de determinadas categorias diagnósticas, tomadas aqui como categorias sociais e culturais. Este também é um trabalho autoetnográfico na medida em que reconhece nossa própria experiência enquanto um fenômeno social passível de análise (Edwards, 2021) que conecta o autobiográfico - no caso, a atuação profissional em um ambulatório psiquiátrico - ao social e cultural (Ellis, 2004). Como argumenta Yin (2012), mesmo um único relato de caso pode fornecer contribuições teóricas relevantes.

Passaremos agora à apresentação da história das categorias diagnósticas de transtornos de personalidade, e os desafios que isso representou para a prática profissional de psiquiatras.

HISTÓRICO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COMO CATEGORIA E DESAFIOS

A busca por categorias para classificar e tipificar personalidades consideradas disfuncionais acompanha a história da psiquiatria - um saber produzido a partir de um contexto e um processo histórico particulares (Foucault, 2011; 2019). O termo “personalidade” passa a ser usado de maneira corrente a partir do século XVIII para designar traços mais distintos de um indivíduo, podendo ir do normal ao patológico (Crocq, 2013). A reflexão sistemática sobre a categoria da personalidade, no entanto, foi estruturada pelos saberes psi a partir da Psicologia apenas na década de 1930, por meio do trabalho de Gordon Allport (1971 [1937]). A partir deste momento, inicia-se o desenvolvimento de uma metodologia para avaliar a categoria, buscando definir o termo e os elementos que o constituem, ou os “traços de personalidade”. Allport definia a personalidade como uma “organização dinâmica, dentro do indivíduo, dos sistemas psicofísicos (hábitos, atitudes, sentimentos e disposições de outras ordens), que determinam seu ajuste único ao ambiente” (Allport, 1971 [1937]). Já os traços de personalidade, conceito melhor estruturado por Cattell (1950) (apud Hall et al., 2000), mas já presente na obra de Allport, constituiria a estrutura mental que definiria os padrões de comportamento e das relações dos sujeitos. Tal categoria motivou a construção de um sistema de classificação das personalidades baseado em comportamentos observados pelos psicólogos em suas pesquisas sobre os padrões de regularidade desses comportamentos (Cattell 1950 apud Hall et al., 2000).

Atualmente, a Associação Americana de Psicologia (APA Dictionary of Psychology, n.d. - Vandenbos), define personalidade como uma:

configuração duradoura de características e comportamentos que envolvem a adaptação única de um indivíduo à vida, inclui traços maiores, interesses, desejos, valores, conceito de si, habilidades e padrões emocionais. Personalidade é geralmente vista como uma integração complexa e dinâmica ou uma

totalidade formada por várias forças, incluindo tendências hereditárias e constitucionais; maturação física; treinamentos precoces; identificação com indivíduos e grupos significativos; valores e papéis culturais condicionados e experiências e relacionamentos críticos (tradução dos autores)⁶.

A definição das personalidades “anormais” na psiquiatria requer a existência de características comportamentais estáveis ao longo de determinado período de tempo, observáveis em diferentes indivíduos e que trariam prejuízos à pessoa em suas interações sociais. Psiquiatras como Philippe Pinel, Jean-Étienne Esquirol, no século XVIII, e James Prichard, Emil Kraepelin e Kurt Schneider nos séculos XIX e XX descreveram personalidades consideradas anormais em suas obras. Em paralelo, a psicanálise foi se desenvolvendo e ressaltou o papel das experiências de vida (Crocq, 2013) na definição da personalidade e seus transtornos. O trabalho e os relatos destes e de outros pesquisadores serviram de base para a construção da categoria de “transtorno de personalidade”, surgida no DSM em sua primeira versão (DSM-I), de 1952⁷. Essa categoria e suas subdivisões se popularizaram a partir do DSM-III, com a definição de 11 subtipos de transtornos de personalidade. Como apontado acima, o DSM-III realizou uma revolução terminológica e tornou-se difundido mundialmente por suas categorias serem supostamente baseadas em melhores evidências científicas.

O modelo nosológico para transtornos de personalidade, portanto, apresentou-se de forma categorial, com critérios diagnósticos a serem preenchidos e que determinam a presença ou não do transtorno de personalidade e de qual seria o seu tipo (Coolidge e Segal, 1998). Uma alternativa ao modelo nosológico categorial é o modelo dimensional, que compreende transtornos como parte de um continuum entre normalidade e anormalidade (Trull e Widiger, 2013). Na quinta e mais recente versão do DSM (DSM-5), os transtornos de personalidade são apresentados como sendo dimensionais. O DSM-5 define o transtorno de personalidade como “um padrão persistente de experiência interna e de comportamento que se desvia acentuadamente

⁶ “Enduring configuration of characteristics and behavior that comprises an individual’s unique adjustment to life, including major traits, interests, drives, values, self-concept, abilities, and emotional patterns. Personality is generally viewed as a complex, dynamic integration or totality shaped by many forces, including hereditary and constitutional tendencies; physical maturation; early training; identification with significant individuals and groups; culturally conditioned values and roles; and critical experiences and relationships” (APA, 2023, s.f.).

⁷ É importante frisar que o esforço de construção de uma arqueologia da categoria de transtornos de personalidade serve ao propósito de contextualizar histórica e socialmente a análise empreendida neste trabalho, não esgotando as abordagens possíveis ao problema. Embora existam abordagens que apontam para a necessidade de contextualização sociocultural da sintomatologia e do processo diagnóstico em saúde mental, como descrito em diferentes seções deste artigo, resgatar a construção da categoria a partir da perspectiva da psiquiatria serve ao propósito de fornecer contexto à criação deste campo do saber, situando-o enquanto local e particular, e não enquanto universal ou universalizável.

das expectativas da cultura de determinado indivíduo (...) normalmente começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo, e leva a sofrimento do indivíduo acometido e de seu círculo social próximo e prejuízos de diversas ordens.” (APA, 2013). Ele apresenta uma lista de dez transtornos específicos e uma seção em anexo com um modelo alternativo para os transtornos de personalidade. Nesta seção, apresenta-se a avaliação da personalidade pelo modelo de cinco fatores da personalidade (MCF). A proposta é que quando for difícil encaixar uma pessoa em algum dos transtornos específicos descritos, o psiquiatra recorra a esta seção para guiá-lo no mapeamento dos traços de personalidade que estariam sendo mais problemáticos (APA, 2013). O MCF é resultado de estudos mundiais que mapearam em diversos países palavras usadas para caracterizar e definir traços de personalidades. A partir destes resultados, estruturaram o MCF (Trull e Widiger, 2013). Este modelo propõe a avaliação da personalidade a partir de cinco domínios amplos de variação dos traços de personalidade, cada domínio teria um pólo positivo e um pólo negativo. Determinadas combinações de traços numa forma que traga prejuízo ao indivíduo levaria a uma classificação de transtorno de personalidade (APA, 2013). Ainda há muita discussão em relação à melhor forma para estruturar uma classificação dos transtornos de personalidade (Trull e Widiger, 2013; Crocq, 2013).

É necessário sublinhar que diferentes abordagens problematizam a atribuição de categorias diagnósticas a nível individual, situando os determinantes da saúde mental em dimensões extra-individuais. Ao criticar a psicanálise e a psiquiatria eurocentrismo, Frantz Fanon mobiliza a categoria de sociogênese do sofrimento mental (2020 [1952], pp. 45), que deveria articular-se com o que ele chama de organogênese - as dimensões biológica e neurosináptica da patologia - e a psicogênese - a dimensão psicológica da patologia - em uma abordagem semelhante à teoria do complementarismo de Devereux citada anteriormente. Assim, a abordagem sociogênica deveria levar em consideração a participação fundamental de fatores externos às dimensões biopsicológicas, que não seriam nem orgânicos, nem psíquicos, mas antropológicos, no desenvolvimento de patologias mentais (Fanon, 2020 [1952], pp. 94).

Também a noção de sofrimento social é relevante nesse contexto. Articulada por Arthur Kleinman, já mencionado anteriormente, Veena Das e Margaret Lock, o sofrimento social resulta daquilo que o poder político, econômico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, de como essas formas de poder influenciam nas respostas aos problemas sociais (Kleinman, Das e Lock, 1997, pp. ix). Assim, sob a rubrica do sofrimento social inserem-se condições que normalmente estariam separadas em diferentes campos e que simultaneamente envolveriam questões legais, morais, religiosas, de saúde e de seguridade social. Dessa forma, o sofrimento torna-se uma experiência eminentemente social influenciada por determinantes extra-individuais.

Por fim, é preciso ressaltar também que as categorias de transtornos de personalidade trazidas aqui sob a perspectiva da biomedicina são eminentemente relacionais, e seus diagnósticos clínicos são realizados por

meio da observância das relações dos indivíduos avaliados. Dessa forma, como apontado em outras seções deste artigo e em outros trabalhos (Branco-Pereira, 2020b), ainda que a biomedicina atribua ao seu próprio processo diagnóstico a preponderância da dimensão individual dos transtornos mentais, em geral, e de personalidade, em específico, para elaboração de seus processos diagnósticos, é nas relações que seus efeitos se tornam visíveis, e é elas que serão submetidas ao escrutínio dos profissionais de saúde imbuídos na investigação diagnóstica.

Entre os dez transtornos de personalidade específicos descritos no DSM-5, destacamos o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Da maneira como é entendido pela psiquiatria contemporânea, caracteriza-se por relações interpessoais conflituosas, instabilidade afetiva, medo de abandono, hipersensibilidade a circunstâncias ambientais, o que levaria a expressões exageradas de emoções e comportamentos considerados problemáticos (como explosões de raiva e agressividade). Também pode haver uma impulsividade aumentada, levando a problemas com compulsões, automutilação, ameaças e tentativas de suicídio (APA, 2013). O termo “borderline” foi cunhado pelo médico e psicanalista Adolph Stern, em 1938, referindo-se a quadros que estariam no limite/fronteira (border) da psicose e da neurose, estruturas mentais propostas por Freud (New e Triebwasser, 2018). Em 1967, o psicanalista Otto Kernberg definiu uma “organização de personalidade borderline”, na tentativa de juntar as diferentes descrições e características presentes na literatura médica, estabelecendo-a como uma “patologia do caráter”. Os casos que esses psicanalistas estavam tentando categorizar eram considerados difíceis, com baixa adesão ao tratamento, hospitalizações frequentes e pouca melhora observada (Londoño Paredes, 2015). Em paralelo, alguns pesquisadores focaram em descrever o quadro a partir de observações e comportamentos, com importante participação do psiquiatra John Gunderson, que incluiu a categoria no DSM-III e desenvolveu uma entrevista diagnóstica (New e Triebwasser, 2018).

Pessoas com TPB são consideradas “pacientes difíceis”, sendo estigmatizadas negativamente por profissionais de saúde, inclusive os de saúde mental. São pacientes considerados pouco aderentes ao tratamento, que tentam manipular os profissionais que os acompanham e desafiam a autoridade médica. Melhoras clínicas costumam ser discretas e lentas. Também são pacientes demandantes, que tendem a buscar frequentemente psiquiatras e psicólogos fora do âmbito da consulta (McKenzie et al., 2022). Medicamentos são utilizados para tratar sintomas pontuais e outros transtornos (como depressivos, ansiosos) comórbidos. A psicoterapia é considerada o tratamento mais importante e eficaz, havendo diferentes abordagens desenvolvidas especificamente para TPB. Para os psiquiatras, as principais orientações não dizem respeito à medicação, mas a como se posicionar na relação, como responder a demandas e se expressar com o paciente (Zanarini e Conkey, 2017), ressaltando a importância da relação tanto para o diagnóstico, quanto para a boa consecução da abordagem terapêutica.

Desde a perspectiva da psiquiatria, compreende-se que os transtornos de personalidade em geral, e o TPB em particular, seriam fenômenos universais⁸ cujas apresentações seriam influenciadas por aspectos históricos, sociais e culturais. Neste sentido, a categoria poderia ser reconhecida por uma essência comum - ou a dimensão ontológica da doença - que transcenderia tais aspectos, e se manteria constante para além das influências sócio-históricas.

Este paradigma é tomado como referência para psiquiatras formados e em formação hoje. Dessa forma, a questão latente para profissionais da psiquiatria durante o processo diagnóstico que definirá determinada categoria diagnóstica que enquadre determinada experiência está ligada à sua etiologia: seriam os fatores ambientais (i.e., relacionais, sociais, culturais, e outros) ou os biológicos os mais determinantes no aparecimento e desenvolvimento deste transtorno? Enquanto a discussão feita a partir da psicanálise destaca o papel disso que se chama de fatores ambientais, de experiências vividas e, principalmente, de traumas sofridos, em especial em idade muito jovem; aquela feita sob a perspectiva da psiquiatria busca uma base neurobiológica para o transtorno (New e Triebwasser, 2018). Hoje em dia, para os psiquiatras, os transtornos de personalidade são concebidos como resultantes da interação entre ambiente, a biologia e aspectos psicológicos. Considera-se, na literatura psiquiátrica atual, que o TPB está presente em diferentes culturas, o que seria validado por estudos epidemiológicos (Id. *Ibid.*).

É uma característica comum à concepção nosológica dos diferentes transtornos de personalidade um desvio das normas comportamentais vigentes em uma sociedade ou em determinados códigos culturais e sistemas de crenças. No entanto, é observável que tais normas variam de uma cultura para outra. Utilizando a categoria de TPB, pode-se vislumbrar como critérios diagnósticos usados para a sua identificação podem ser inconsistentes em outros ambientes sociais e históricos onde os comportamentos identificados como desviantes poderiam ser aceitos ou compreensíveis. Destaca-se o suicídio como resposta possível a constrangimentos sociais e familiares no Japão e automutilação em rituais em certos contextos na Índia, Malásia e Oriente Médio (Neacsiu et al., 2017). Soma-se a isso a compreensão de que uma cultura não é uma entidade estanque e homogênea, mas sim um agregado heterogêneo e dinâmico de relações interpessoais, sociais e institucionais podendo abarcar simultaneamente percepções contraditórias acerca de diversos comportamentos.

A sobreposição destes níveis de complexidade gera importantes desafios para abordagens transculturais ao se tentar categorizar o que é uma personalidade normal ou desviante, havendo o risco da imposição dos valores do examinador (normalmente valores ocidentais, brancos e de

⁸ Para uma problematização sobre categorias diagnósticas psiquiátricas enquanto fenômenos universais, cf. Branco-Pereira (2022).

classe média alta) em determinados casos (Ryder et al., 2015). Portanto, a sensibilidade e a reflexividade do profissional às diversas dimensões descritas, é fundamental, principalmente em contextos de avaliação de personalidade de pessoa advinda de um contexto cultural distinto daquele do examinador. Essas características tornam-se ainda mais importantes na medida em que a paciente examinada está imersa em um contexto social e cultural de grande vulnerabilidade e diferente daquele de origem, o que ocorre no caso de muitos migrantes internacionais.

Transtornos de personalidade, migração e situações de vulnerabilidade

O estudo sobre a relação entre transtornos mentais e fenômenos migratórios existe há longo tempo na psiquiatria, e abrange uma série de categorias psicopatológicas (Bhugra, 2004). A migração é comumente referida como produtora de estressores particulares derivados do processo de migrar e de aculturação⁹, tomada aqui como a falta de integração sociocultural. Esses fatores são considerados de risco para a eclosão ou intensificação de transtornos latentes, entre eles o TPB (Neacsiu et al., 2017). O ato de migrar figuraria assim como um estressor adicional em sujeitos que já possuíam histórico de estressores em outras fases da vida, mas que só viriam a manifestar sintomas quando a proteção oferecida por seu contexto sociocultural, como suporte familiar, coesão social e outros, fosse retirada (Najjarkakhaki e Ghane, 2021). Também é preciso ressaltar a existência de vieses raciais e de gênero na produção do diagnóstico de TPB - 75% dos diagnósticos do transtorno são realizados em mulheres (Qian et al., 2022) - assim como uma baixa sensibilidade a fatores culturais (Neacsiu et al., 2017) e a importância de avaliar fatores socioeconômicos como possíveis confundidores (Ryder et al., 2015).

Outro fator importante a ser considerado são possíveis reações à migração e ao processo de contato cultural e adaptação a determinado contexto social, que podem ser confundidas com sintomas de transtornos de personalidade por um examinador de uma sociedade ou cultura distintas da do paciente. Imigrantes com comportamentos direcionados a priorizar objetivos psicossociais - conquistar uma rede de apoio, adaptação ao contexto local - ou econômicos - buscar um emprego, segurança financeira e conforto material - poderiam ser avaliados por psiquiatras que desconsiderem fatores

⁹ Reconhecemos que o termo aculturação tem uma conotação bastante pejorativa desde a perspectiva das Ciências Sociais, muito embora o termo tenha se popularizado na antropologia estadunidense nas décadas de 1930 e 1940 (Leal, 2011). O termo se referia, à época, ao que se chama de "antropologia do contato", dedicando-se a analisar os processos de mudanças culturais derivados do contato entre culturas diferentes, onde uma terminaria suplantada pela outra. A crítica ao termo tornou-o de uso problemático para antropólogos, mas é uma categoriaêmica de uso corrente na psiquiatria e na psicologia.

socioculturais no processo diagnóstico como tendo uma busca excessiva por status ou controle, algo que pode ser interpretado como um traço disfuncional indicativo de um transtorno mental subjacente. Concomitantemente, o processo de ajustamento a uma realidade socioeconômica distinta após a migração, chamada de inconsistência de status (Cavalcanti, 2015), pode gerar um conteúdo de fala muito ligado ao engrandecimento das condições passadas, algo que poderia ser interpretado por psiquiatras, como um traço narcisista disfuncional. Imigrantes lidando com a sensação de isolamento e alienação pós-migração, distanciamento de relações afetivas prévias e estranhamento social podem ter comportamentos ou falas que lembrem características de TPB como uma identidade mais fragmentária e lábil ou medo de abandono (Najjarkakhaki e Ghane, 2021).

Existem ainda traços e comportamentos que seriam aceitos ou compreendidos em algumas culturas e que não seriam em outras. Poderiam, portanto, ser entendidos como contribuindo para uma personalidade disfuncional. Um exemplo ilustrativo é o da suposta identificação de um transtorno mental batizado de Pibloktoq (também conhecida como Histeria Ártica) no início do século XX. Baseado em relatos de exploradores Euro-Americanos, seria uma síndrome específica dos povos Inuits do norte do Canadá caracterizada por desorganização do comportamento e desmaios. Sua explicação foi debatida por acadêmicos ocidentais contemporâneos aos relatos como se centrando ora em uma variação da histeria freudiana ora em simulação evidenciando a construção de um suposto conhecimento baseado em paradigmas europeus de nosologia. Entende-se hoje que a Histeria Ártica emergiu de uma leitura eurocêntrica de uma coleção díspar de comportamentos, crenças e símbolos particulares da cultura Inuit no contexto de exposição ao contato, muitas vezes violento, com populações colonizadoras (Dick, 1995). Em populações colonizadas e/ou submetidas à opressão sistêmica, características como hipervigilância e suspeição (desenvolvidas como estratégias de enfrentamento) podem ser interpretadas como traços de personalidades paranóides ou esquizotípicas (Najjarkakhaki e Ghane, 2021). Tais exemplos apontam que, mesmo para além de um entendimento baseado em fragilidades latentes exacerbadas por estressores, o processo de migração pode somar diversos níveis de complexidade ao uso de categorias universais para transtornos de personalidade simplesmente pelas diferenças socioculturais entre examinador e examinado.

A importância dessa complexidade se amplia quando se considera as consequências de sobrediagnosticar e subdiagnosticar transtornos de personalidade. Mesmo fora do contexto transcultural, um diagnóstico de transtorno de personalidade, e de TPB em particular, pode ser uma experiência bastante estigmatizante para um usuário do sistema de saúde tanto pela vivência de invalidação do sofrimento associado às suas demandas psíquicas quanto pela dificuldade de acesso a cuidado adequado (Klein et al., 2022). Discute-se ainda o risco de se incorrer em uma espécie de essencialismo psicológico com o uso da categoria e assim invisibilizar

componentes estruturais que podem dar dimensões de gênero, raça e classe para a constituição deste diagnóstico. Isso se torna ainda mais premente com populações migrantes, onde a interface com questões socioeconômicas, de classe e culturais é, por vezes, mais aguda. Por outro lado, existem riscos associados ao não reconhecimento de supostos transtornos de personalidade nesta população levando a diagnósticos equivocados, tratamento inadequado e ineficiência do sistema de saúde (Najjarkakhaki e Ghane, 2023).

Imigrantes e refugiados não migram apenas entre fronteiras, mas também entre diferentes concepções de saúde e doença e diferentes sistemas de saúde. Eles enfrentam diversas barreiras de acesso a esses serviços, como questões linguísticas e culturais, exigência de documentação e regramento de acesso não equitativo, desconhecimento sobre funcionamento dos sistema, compreensão da territorialização dos equipamentos públicos de saúde, horários de funcionamento restritos e diversos outros (Martin et al., 2022; Branco-Pereira, 2023 no prelo). A relação entre profissional e paciente é frequentemente mencionada como um dos obstáculos para o acesso pleno aos serviços de saúde. Um profissional de saúde que enfrente barreiras linguísticas e culturais e pouco se esforce para realizar uma adequação no momento da consulta, desconheça os direitos desses pacientes, demonstre preconceitos - em relação a raça, status documental e migratório, nível socioeconômico - conscientes e inconscientes, pode causar no paciente um grande desconforto, fazendo com que ele evite buscar novamente o serviço de saúde.

Um elemento de importância crucial na relação médico paciente é o estabelecimento de confiança, algo especialmente relevante no caso de pessoas refugiadas. Quando há antecedentes de perseguições, violências e exploração, assim como dificuldades enfrentadas no país de chegada, seja com acesso a moradia, emprego, documentação, ou com experiências discriminatórias que ocorram de maneira direta, como o racismo, há também o estabelecimento de uma relação de desconfiança por parte dessas pessoas em relação aos serviços públicos. Assim, muitas vezes, a consulta médica para esses pacientes demandará mais tempo, paciência e sensibilidade. Alguns estudos apontam que os elementos mais importantes para que pacientes migrantes consigam estabelecer uma relação terapêutica de confiança são o profissional de saúde demonstrar que realmente se importa, estar disponível para ajudar e não apressar a consulta e os pacientes (Shannon, 2014; Deps e Charlier, 2020; Radl-Karimi et al., 2022). Além disso, a consulta precisa acontecer num local que a pessoa se sinta segura e que tenha privacidade (Radl-Karimi et al., 2022). Assim, é necessário apoio da instituição aos profissionais, para garantir que eles tenham uma estrutura para prover um atendimento de qualidade.

Há também algumas recomendações de boas práticas a profissionais de saúde para melhorar a compreensão da situação de vida e percepções do migrante, facilitar o estabelecimento de boa relação terapêutica e garantir melhor aderência ao tratamento. O profissional deve assumir

uma postura empática, não julgar, basear suas estratégias de cuidado nos valores do paciente, evitar preconceitos e vieses éticos e ideológicos, sejam conscientes ou inconscientes, dar à pessoa o tempo necessário para que ela fale de seus antecedentes traumáticos, questionar sobre as diversas preocupações presentes (documento, família, moradia, emprego etc), ter algum conhecimento da situação no país de origem, prováveis motivos para a migração e prováveis violências sofridas (Deps e Charlier, 2020; Radl-Karimi et al., 2022). Refugiados frequentemente ressaltam a importância de o profissional de saúde questionar sobre o contexto histórico dos sintomas e doenças, pois muitos percebem uma relação entre a queixa e suas experiências em seus países de origem, conflitos, violências, perdas (Shannon, 2014). Dessa forma, realizar um diagnóstico de TPB numa pessoa oriunda de cultura diversa do psiquiatra, com antecedentes de violências diversas e que passou por um processo migratório mostra-se um desafio para profissionais que pretendem ser cuidadosos e reflexivos com sua prática. Há o receio das implicações que um rótulo como esse possa trazer ao paciente, à relação estabelecida e à terapêutica oferecida. Após apresentarmos brevemente como o serviço onde atuamos funciona, descreveremos o caso de Kambili como emblemático da dificuldade em realizar diagnóstico desse tipo de transtorno nesse contexto.

O PROGRAMA DE PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL (PROSOL)

O Programa de Psiquiatria Social e Cultural (ProSol) é um serviço psiquiátrico do SUS que fornece atenção médica a populações imigrantes, refugiadas, surdas e indígenas, estando inserido no IPQ -HCFMUSP. Ele propõe estabelecer, na estruturação do planejamento terapêutico dos pacientes atendidos, um diálogo entre a dimensão psiquiátrica e as dinâmicas sociais e culturais dos transtornos e perturbações mentais (Carvalho et al., 2018; Branco-Pereira, 2020a, 2022a e 2022b). Sua fundação foi descrita na introdução.

Inicialmente exclusivo a imigrantes e refugiados, os atendimentos expandiram-se para a população surda, uma vez que seu fundador se comunica em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Os atendimentos, no início, eram realizados por ele e por psiquiatras voluntários, além de internos - alunos da graduação de Medicina do 5o. ano da FMUSP. O ambulatório tornou-se estágio obrigatório para metade dos residentes de psiquiatria¹⁰ do 2º Ano em 2012, passando a realizar os atendimentos dos pacientes do ambulatório. Essa mudança também implicava a inclusão, no conteúdo didático e prático da formação desses residentes, de conteúdos ligados à saúde mental e migração.

¹⁰ Residentes em psiquiatria são médicos graduados em processo de especialização para atuar como psiquiatras.

A partir de 2014, novos psiquiatras assistentes voluntários¹¹ passaram a integrar a equipe. Esses psiquiatras atuaram para implementar mudanças no referencial teórico que guiava a estruturação de atividades didáticas e na conduta clínica dos residentes. Foram adotados referenciais da Psiquiatria Cultural, descritos mais detidamente adiante. Desde 2015, toda a equipe, incluindo os residentes e psiquiatras assistentes, participam semanalmente de atividades didáticas em que são abordados conteúdos relevantes ao atendimento das populações atendidas no ambulatório e os referenciais teóricos da Psiquiatria Cultural. Atualmente, os atendimentos são realizados por residentes que discutem os casos com psiquiatras assistentes voluntários, também chamados de supervisores.

O ambulatório conta, há alguns anos, com profissionais não-médicos na equipe, geralmente psicólogos voluntários. Eles, no entanto, atuavam de maneira difusa, já que o ambulatório não oferece psicoterapia de curta ou de longa duração no próprio serviço, sendo os pacientes a quem isso é prescrito referenciados para realizá-la em outros serviços. Em 2018, no entanto, o ambulatório passou a contar com uma diversidade maior de profissionais não-médicos, inicialmente chamados de “gerentes de caso”, e atualmente chamados de “profissionais de referência”. Esta função começou a ser estruturada a partir da entrada de antropólogos no serviço (Branco-Pereira, 2018), surgindo como uma forma de auxiliar os atendimentos psiquiátricos realizados por meio da consideração do suporte psicossocial dos pacientes atendidos, realizando o acompanhamento dos casos e aportando considerações relevantes para a construção da estratégia de cuidado. O profissional de referência atua garantindo o seguimento longitudinal dos casos, e tem como principal função articular a rede de suporte assistencial extra-hospitalar. Em alguns casos, eles também realizam mediação cultural e tradução na consulta.

Em 2019, o serviço passou a atender populações indígenas a partir de parceria com a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de São Paulo, dispositivo ligado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde. Atualmente, o ambulatório acompanha cerca de 30 pacientes brasileiros surdos, seguidos por 15 pacientes imigrantes e refugiados e dois pacientes indígenas. Os encaminhamentos ao serviço se dão principalmente por meio de parcerias com organizações diversas que trabalham com essas populações e identificam necessidade de avaliação psiquiátrica. Sabemos que o acesso que essas populações têm a serviços de saúde pode ser negativamente impactado em virtude de particularidades como falta de documentos, receio de sinalizar sua existência a serviços públicos mantidos pelo Estado, por falta de tradutores e intérpretes para as consultas e por experiências com racismo e outros tipos de discriminação. Poucos encaminhamentos são recebidos de serviços de saúde de atenção primária ou secundária do

¹¹ Os psiquiatras assistentes voluntários são médicos graduados e que já cumpriram a residência em psiquiatria, já atuando, portanto, profissionalmente enquanto psiquiatras.

SUS. Assim, a recepção de encaminhamentos oriundos de organizações que atuam diretamente com essa população tornou-se uma ferramenta eficiente de prospectar a demanda para intervenções em saúde mental, garantir a adesão e a possibilidade de acompanhamento longitudinal dos pacientes (Carvalho et al., 2018).

Dessa forma, os residentes de psiquiatria do IPq-HCFMUSP têm a oportunidade de, durante seu processo de formação profissional, trabalhar com diferentes perfis de pacientes, de origens e contextos nacionais, étnico-raciais, culturais, linguísticos, econômicos e políticos plurais, além de possibilitar o encontro entre diferentes concepções de saúde, doença, corpo, sujeito e processos de subjetivação. Por meio do encontro entre diferentes matrizes epistemológicas, sistemas de saúde, de classificação de doenças e métodos terapêuticos, os residentes, psiquiatras assistentes e profissionais não-médicos podem colocar em relevo aspectos sociais e culturais do processo diagnóstico, trazendo à tona diversos desafios à formulação diagnóstica e ao desenvolvimento de estratégias terapêuticas.

Passaremos agora a descrever a história de Kambili como forma de analisar nossa atuação durante seu processo diagnóstico.

Kambili

Kambili¹² foi acolhida pela primeira vez no ambulatório quando tinha entre 30 e 40 anos. Proveniente da Nigéria, de etnia igbo, negra, estava no Brasil há cerca de 12 anos à época. Era mãe de dois filhos, separada do marido, cristã, com ensino superior completo.

O primeiro contato com Kambili foi marcado por um relato de múltiplos eventos traumáticos em diversas fases de sua vida. Na infância, ela e sua mãe sofriam agressões físicas por parte de seu pai. Kambili nos relatou que seu pai ficara frustrado por ela ter nascido mulher, e que ele constantemente desestimulava seu desenvolvimento educacional. Já na adolescência, iniciou um processo de adoecimento psíquico que perdura até o momento. Teve múltiplas tentativas de suicídio, episódios de automutilação e períodos depressivos, vindo a realizar tratamento psicoterápico e psiquiátrico ainda na Nigéria.

Na Nigéria, conheceu um rapaz que afirmava ter um emprego no Brasil e que lhe proporcionaria uma vida confortável. Kambili decidiu, então, vir para o país. Deparou-se, contudo, com uma realidade distinta da prometida: seu parceiro já tinha outros filhos, envolvia-se em relacionamentos extraconjugais e a tratava de forma violenta. Alguns anos depois, foi preso, e depositou sobre Kambili a suspeita de havê-lo denunciado às autoridades brasileiras.

¹² Nome fictício. Algumas informações do caso foram alteradas para dificultar a identificação da paciente.

Diante do ocorrido, membros da comunidade nigeriana no Brasil passaram a persegui-la e ameaçá-la, uma vez que a prisão de seu companheiro afetou suas atividades.

Na medida em que Kambili sentiu-se ameaçada e perseguida, reduziram-se suas possibilidades de relações: não podia mais frequentar determinados ambientes ou se relacionar com membros da comunidade nigeriana, perdendo rede de apoio no Brasil. Também começou ter a guarda de seus filhos questionada na justiça, pois seu ex-companheiro a acusava de submetê-los a maus tratos. Além disso, mencionava o desemprego, a insegurança quanto à comunicação em português e o fato de não poder retornar à Nigéria pois, por ser uma mulher divorciada, não seria bem recebida por sua família. Além disso, os familiares de seu ex-marido exigiam o retorno do dote pago pelo casamento, dinheiro que Kambili não possuía.

Ante o exposto, passou a procurar apoio em diversas instituições públicas e organizações não governamentais (ONGs) de apoio a imigrantes, a fim de que pudesse ter assistência jurídica, financeira e cuidados em saúde mental. Kambili foi encaminhada ao ambulatório do ProSol por um dos centros de referência para imigrantes de São Paulo, relatando as informações descritas acima e queixas psíquicas diversas. Seu encaminhamento ao ProSol não era a primeira tentativa de busca de suporte em um serviço público de saúde. Havia demandas não somente relacionadas à saúde mental, mas também financeiras e burocráticas, relativas ao processo migratório e de cidadania.

Percepções psiquiátricas

Alguns aspectos merecem ser destacados a partir da percepção da equipe que realizou seu primeiro atendimento. Primeiramente, Kambili compareceu bastante atrasada na consulta. Ela usava vestimentas elegantes, o que destoava das informações fornecidas sobre suas dificuldades financeiras. Os profissionais responsáveis pelo acolhimento afirmaram que Kambili tinha uma atitude arrogante e blasé, comportamento que consideramos inesperado para um primeiro contato. É importante ressaltar que o encontro inicial é sempre um momento crítico do estabelecimento de relações, onde todos os compósitos da relação se analisam-se e situam-se mutuamente em códigos de leitura próprios - afinal, somos todos antropólogos (Wagner, 2012; Viveiros de Castro, 2002). Dessa forma, tanto nossa leitura inicial de Kambili, quanto a leitura que ela própria fazia da equipe, compunha uma tentativa de contextualizar a relação em vias de estabelecimento.

O contato com Kambili foi inicialmente difícil, a começar pela barreira linguística: enquanto a paciente esperava encontrar um médico fluente em inglês, o psiquiatra não possuía desenvoltura na língua. Kambili, por sua vez, falava inglês com sotaque nigeriano, com o qual o médico não estava familiarizado. Outras dificuldades de comunicação não ligadas à língua da paciente eram comuns. À medida em que a equipe solicitava informações

sobre sua biografia, Kambili respondia de maneira lacônica e desinteressada, pouco contribuindo com as tentativas da equipe médica de construção do processo de cuidado. Apresentava queixas como insônia, e a sensação de se perder nos ambientes, de maneira vaga. Quanto ao conteúdo dos sonhos, relatava cenas de cobras devorando seus filhos, ou sonhos em que ela estava sendo agredida pelo pai ou ex-marido. A equipe direcionou seus esforços para a construção de vínculo com Kambili. Sugeriu-se, durante a consulta, que o médico poderia estar incomodando-a com suas perguntas, para, na sequência, indagar como poderíamos ajudá-la da melhor maneira. Em virtude disso, ela começou a chorar e conseguiu se abrir mais para a relação.

Sua dificuldade na adesão terapêutica foi constante. Kambili também tinha a tendência de responsabilizar os profissionais de saúde por seu estado psíquico e suas condições de vida. Além disso, ela frequentemente solicitava favores que, sob nossa perspectiva, extrapolavam o escopo de responsabilidade médica, além de possuir dificuldade em aceitar sugestões de cuidados em saúde. Como exemplo dos favores solicitados, podemos listar a requisição de auxílio para obter medicações de uso controlado por conta própria, solicitação de contatos que a ajudassem ir para os EUA, pedidos de gravação de entrevista sobre violência doméstica para uma rede social, encaminhamento dos filhos a médicos e pedidos de contatos pessoais do médico envolvido no cuidado, prática incomum na atuação de médicos no serviço público de saúde. Destacamos também que a relação em construção passa por variados testes: simultaneamente, tanto a equipe médica, quanto Kambili, tateavam as possibilidades e informavam, de diferentes maneiras, o que esperavam de uma relação médico paciente e qual concepção particular de cuidado possuíam.

É também necessário ressaltar as constantes mudanças em seu planejamento de vida. Ora Kambili afirmava que iria para os EUA, ora para a Nigéria, ora ficaria no Brasil. Ademais, intercambiava frequentemente seus planos de trabalho - em determinados momentos dizia aceitar trabalhar em qualquer emprego, em outros falava em investir na carreira de influenciadora digital em prol do ativismo contra a violência contra as mulheres. Em outras ocasiões, afirmava que estava estudando neurocirurgia para realizar o sonho de ser médica - estratégia que considerávamos incompatível e destoante da usual. Igualmente, tal instabilidade era manifesta na forma como interpretava a origem de seu sofrimento, sempre unicausal - alternava entre atribuir seus infortúnios a uma maldição, a doenças mentais ou a dificuldades estritamente sociais e financeiras. Importante ressaltar aqui que Kambili mobilizava diferentes categorias de explicação para seus transtornos e infortúnios. À equipe médica, essa chamada instabilidade derivava de uma necessidade de purificar e isolar as causas das consequências observadas e observáveis. Reconhecemos que, para Kambili, todas essas causas podiam concorrer para o estabelecimento de sua condição. Também é necessário afirmar que essa era uma demonstração de que Kambili concordava possuir uma perturbação, e buscava, conosco (mas não apenas), encaixar seu infortúnio em categorias que significassem sua experiência.

Frequentemente parecia dissimular determinadas intenções. Kambili costumava mostrar mensagens que havia enviado para sua psicóloga ou para seu líder espiritual, afirmando que havia desistido da vida e que cogitava cometer suicídio, dando a entender que o fazia sem querer. Contudo, tais comportamentos eram lidos como teatrais pelo psiquiatra que a acompanhava, supondo haver a intenção de gerar algum impacto. Essa teatralidade também era presente quando fazia questão de mostrar vídeos de mulheres nigerianas sendo torturadas. Quando o psiquiatra enfatizava a necessidade de adesão ao tratamento e estabelecia limites quanto à possibilidade de sua atuação, Kambili tornava-se extremamente irritada, adotava postura combativa, responsabilizava o médico por problemas em sua vida e afirmava que ele não queria ajudá-la. Quando o psiquiatra estabelecia contato com outros profissionais envolvidos no cuidado de Kambili, eram relatados comportamentos e percepções semelhantes a respeito da paciente.

Manejo clínico, relação terapêutica e abordagem transcultural

No ambulatório em que Kambili foi acolhida, os profissionais realizam não somente educação continuada sobre temas relativos à transculturalidade e ao cuidado em saúde de imigrantes e refugiados, mas também atuam de maneira interessada, engajada e sensível ao tema. Há bastante tempo para a consulta, algo relativamente pouco usual no SUS, e é realizado um questionamento amplo sobre a situação de vida atual, compreendendo que fatores relacionados ao processo migratório (pré, peri e pós) são estressores importantes. Barreiras linguísticas tentam ser contornadas da melhor forma possível com o uso de intérpretes, tradutores e ferramentas da internet, e questões socioculturais são abordadas em consulta, como descrito acima.

Kambili ressaltou a importância das questões de gênero em sua história e como isso se relaciona a sua cultura de origem. Apesar de ser igbo, ela se referia a certas situações como parte da “cultura nigeriana”.

A cultura igbo é descrita como patriarcal, com o homem ocupando lugar central nos papéis de dominância e tomadas de decisão. Isso se evidencia na transferência de bens para os herdeiros homens, o que faz com que filhos homens sejam preferidos, inclusive considera-se que um casamento ou uma família bem-sucedidos são aqueles em que há filhos homens. Mulheres, por sua vez, são estimuladas desde cedo a se casarem, inclusive para garantirem seu sustento. Uma função importante do casamento na sociedade igbo é a continuidade da linhagem e a realização da família (Osuji, 2023). Com isso, o casamento e o divórcio de Kambili adquirem outra relevância, assim como a dificuldade de ser aceita de volta em sua família de origem.

Interessante pontuar que este sexismo também tem influência da cultura ocidental e de valores judaico-cristãos, uma vez que a modernidade foi associada à ocidentalização e muitos espaços de educação formal tem base cristã (Abidogun, 2007). Inclusive, em período pré-colonial, mulheres

igbo gozavam de relativa autonomia política, tendo seus próprios conselhos para deliberarem sobre assuntos de seu interesse. Porém, mulheres não poderiam confrontar homens individualmente, mas poderiam pressioná-los enquanto grupo (Uchendu et al, 2017).

Neste sentido, não seria possível - ou desejável, em se considerando as propostas de nosso ambulatório - considerar Kambili uma expressão homogênea daquilo que se chama de cultura nigeriana, de maneira genérica, ou cultura igbo, de maneira específica. Primeiramente, esses não são blocos monolíticos e indiferenciados, ou “puros”, possuindo nuances, gradientes, incoerências e diferenças internas que também atuam como força centrípeta desses sistemas de crenças e significados. Em segundo lugar, a reivindicação para a representação das culturas extramodernas enquanto um lugar de pureza a ser poupado da contaminação ocidental deriva do pessimismo sentimental (Sahlins, 1997) que ignora a existência de uma indigenização da modernidade. Kambili não era apenas igbo ou nigeriana, e apresentava diversos traços culturais que poderiam ser qualificados por um público leigo enquanto “ocidentalizados”, ou mesmo próprios das incoerências e inconsistências particulares presentes em todas as culturas. Não seria possível estabelecer uma análise transcultural do caso se a equipe ignorasse esse fato, e tratasse Kambili apenas como uma alteridade radical extramoderna.

É importante estabelecer que a necessidade de adoção de uma ou mais categorias diagnósticas para descrever e classificar as perturbações de um indivíduo é central na psiquiatria e na medicina, pois é a adoção dessas categorias que norteia a adoção de intervenções terapêuticas. Os quadros psiquiátricos, mais do que em qualquer outra área da medicina, sofrem grande influência de fatores chamados, pelos médicos, de ambientais - i.e., do contexto mais amplo em que o paciente está inserido. Assim, pessoas podem apresentar algumas alterações que serão passageiras, reacionais a uma situação de vida e que não caracterizarão um transtorno mental. No entanto, sujeitos que estão em situações de vulnerabilidades diversas, como imigrantes e refugiados, trazem um desafio ao estabelecimento de diagnósticos psiquiátricos, seja pela possibilidade de se diagnosticar demais (sobrediagnóstico) ou não diagnosticar (subdiagnóstico). Um desafio adicional pode ser colocado: como identificar a linha tênue que separa as consequências normais e esperadas da exposição a determinadas agruras de origem social e cultural - p.ex., condições precárias de moradia e de trabalho, violência sistêmica, atribuição de diferentes significados a situações e relações, etc. - das experiências consideradas patológicas?

Para além da situação de vida e estressores diversos, ter consciência de quem e de que forma se realizam os diagnósticos é de suma importância. A psiquiatria e suas categorias diagnósticas têm muitas influências e vieses, como se pretendeu demonstrar nas seções anteriores. Além disso, o conhecimento se estruturou majoritariamente a partir de referenciais europeus e norte-americanos, o que levanta questões sobre a adequação de certas categorias e tratamentos preconizados a qualquer lugar do mundo e situações socioeconômicas.

Entretanto, a psiquiatria também tem seu grau de evidência científica e confiabilidade, senão, seria impossível a um psiquiatra exercer sua profissão e tomar decisões. Dessa forma, é preciso exercer a psiquiatria sempre tendo em mente os vieses e incertezas desta profissão. Tal postulado é ainda mais premente no trabalho com migrantes e populações historicamente marginalizadas, constituindo um grande desafio ao psiquiatra imbuído de uma prática profissional e acadêmica ciosa dos componentes sociais, culturais, étnico-raciais, econômicos. Psiquiatras são procurados para dar respostas e auxiliar na tomada de decisões, atuando frequentemente como um especialista em acertar relações sociais (Branco-Pereira, 2021). Praticar uma psiquiatria capaz de levar em conta questões culturais e sociais na concepção diagnóstica e orientação do tratamento é o ponto central do trabalho que pretende ser desenvolvido por psiquiatras do ProSol, ainda que este seja um processo repleto de percalços e dificuldades.

Outro elemento de grande importância neste trabalho é que o psiquiatra se torne consciente de sua própria posicionalidade, considerando aspectos históricos, seu gênero, sua origem étnico-racial e socioeconômica, de seu papel social como médico, da autoridade que exerce, suas expectativas em relação a si mesmo quanto ao que significa ser um bom profissional, suas bases culturais, valores pessoais e preconceitos. Este é um exercício crítico e constante de reflexividade, e, sendo etnocentrismo a mais universal das naturezas humanas (Lévi-Strauss, 2017 [1973]; Viveiros de Castro, 2004), esse exercício tende frequentemente à equivocação, embora não seja menos importante de ser realizado. Uma vez tendo uma melhor percepção de seu contexto, o psiquiatra seria mais capaz de estabelecer um diálogo com o paciente e relativizar seu conhecimento e suas verdades.

Nas primeiras avaliações de Kambili, foram aventadas hipóteses diagnósticas de transtorno de estresse pós-traumático complexo, transtorno depressivo maior e transtorno de personalidade borderline. Esta última categoria acabou recebendo mais atenção por ser um diagnóstico mais difícil de ser estabelecido, principalmente pela história e contexto de Kambili, como pontuado anteriormente. Houve, por parte da equipe, um grande receio de se assumir uma postura etnocêntrica, interpretando formas de expressão de sofrimento particulares como traços patológicos de personalidade. Além disso, uma categoria diagnóstica como essa costuma ter o efeito de invisibilizar as vivências traumáticas e violentas da paciente, assim como as dificuldades presentes pelo fato de ser migrante e não ter rede de apoio. Também foi sublinhada a questão de gênero, uma vez que o psiquiatra que a estava acompanhando era um homem cis. Dessa forma, questionamo-nos o quanto isso estaria interferindo na forma como a paciente era capaz de falar de seu sofrimento em geral, e de suas dificuldades enquanto mulher, uma vez que a pauta da violência contra a mulher era muito cara a Kambili.

Em suma, o desafio clínico se estabeleceu na medida em que tentávamos, através dos instrumentos fornecidos pela Psiquiatria Cultural, estabelecer o que constituía um transtorno mental, distinguir entre comportamentos culturalmente aceitáveis na sociedade de origem da paciente e aqueles que não eram aceitos na nossa sociedade, identificar quaisquer vieses na relação médico-paciente, superar possíveis barreiras linguísticas, compreender os fenômenos transferenciais e contratransferenciais¹³ presentes e como todos esses fatores interagiam entre si.

A constante mudança de Kambili em seus planos de vida, sua indecisão crônica, poderia ser vista como um comportamento impulsivo e uma perturbação de identidade do TPB. Todavia, considerou-se que tais sintomas seriam passíveis de análise sob a perspectiva das constantes barreiras culturais e dificuldades socioeconômicas que a paciente enfrentava cotidianamente. A instabilidade afetiva, critério para TPB, caracterizada por alternância entre raiva, ansiedade e tristeza, seriam compreensíveis se reconhecidas as múltiplas perdas da paciente e seu futuro incerto. A perda de status social e econômico, tanto pela migração, quanto pelos problemas com a comunidade nigeriana, poderia levar a paciente à necessidade de reafirmação, sendo necessário uso de vestimentas (supostamente chamativas) que contribuam para esse processo, além da adoção de uma postura interpretada como arrogante e assertiva. Quanto à sensação de perseguição e a percepção de se perder em ambientes, foi aventada a possibilidade de sintomas paranóides e dissociativos, além da possibilidade de uma real perseguição, da rememoração de eventos traumáticos e o impacto do fato de ela ser negra em um país reconhecidamente racista quanto à necessidade de hipervigilância. O isolamento seria atrelado à falta de suporte e à necessidade de proteção quanto a uma possível perseguição.

Diante dessa análise, manteve-se inicialmente cautela quanto ao estabelecimento do diagnóstico de um transtorno de personalidade, uma vez que isso poderia significar desconsiderar os diversos fatores socioculturais envolvidos. Ademais, poderia alterar negativamente a postura de Kambili e a disponibilidade da equipe de saúde, tornando difícil a manutenção de uma relação de empatia e a busca de alternativas terapêuticas. Por outro lado, ficou-se atento quanto à possibilidade de estarmos desvalorizando comportamentos disfuncionais e originadores de intenso sofrimento psíquico, ainda que pudessem ser culturalmente sancionados ou compreensíveis pela perspectiva social, subdiagnosticando, assim, um transtorno de personalidade.

A cada consulta, Kambili trazia apenas notícias ruins, montando um cenário de tragédia em que não havia saída. Tudo o que lhe era oferecido

¹³ Transferência é o processo no qual a pessoa inconscientemente projeta, em indivíduos de sua vida atual, pensamentos, comportamentos e reações emocionais que se originam em outros relacionamentos significativos ao longo de sua vida. Como a transferência, a contratransferência é um processo inconsciente que ocorre quando o médico responde à pessoa de uma forma semelhante a que usou em relacionamentos significativos do passado (Stewart et al. 2017).

como possibilidade de cuidado era negado, e passamos a nos questionar que tratamento seria possível e, na verdade, qual seria nosso papel. Em um determinado momento, apesar da presença de sintomas depressivos evidentes, Kambili confessou ter parado o uso da medicação, uma vez que percebia que o remédio a deixava mais tranquila e a auxiliava a dormir pela noite, o que a impedia de fazer vídeos em uma rede social para denunciar casos de violência doméstica.

Diante da constante resistência ao tratamento, Kambili foi convidada a refletir sobre como poderíamos ajudá-la, aventando, inclusive, a possibilidade de alta ambulatorial. Kambili então, ficou com muita raiva, adotou postura conflitiva e passou a falar que o médico queria abandoná-la. Diante dessa manifestação, o médico respondeu utilizando técnicas de entrevista psiquiátrica com base no Bom Manejo Clínico para Transtorno de Personalidade Borderline (BMC): identifica fenômenos contratransferenciais - i.e., respostas emocionais do médico frente às manifestações do paciente -, recua de sua postura inicial, valida o sofrimento e a queixa da paciente e a ajuda a identificar seus sentimentos, desculpando-se por um possível mal entendido e enfatizando sua preocupação genuína com o curso do seu tratamento (Gunderson e Links, 2014). Com isso, Kambili se acalma, pede desculpas pela reação e assume maior responsabilidade e compromisso com seu processo terapêutico. Na consulta subsequente, vem com uma postura menos confrontativa, com melhor adesão ao tratamento e com redução de sintomas depressivos.

Ao longo do tratamento de Kambili foram utilizados alguns dos princípios do BMC, tais como, adoção de postura ativa e não reativa, ponderação no manejo de emoções intensas - i.e., utilização da própria estrutura psíquica do médico como modelo para contenção de sentimentos negativos -, estabelecimento de uma relação real e profissional, promoção de responsabilidade no autocuidado, esclarecimento de limites do tratamento e adoção de postura flexível, pragmática e eclética - respostas e intervenções são determinadas pelo paciente e bom senso (Id. Ibid.). A partir deste momento, resolvemos assumir a categoria diagnóstica de TPB como válida ao caso de Kambili. Iniciamos, porém, uma discussão sobre como utilizar desta categoria a favor de um tratamento culturalmente sensível, atento a situações de vulnerabilidade atuais, vivências traumáticas e de constante cuidado também ao médico, para que não desenvolva rejeição importante à paciente. A categoria não deve se sobrepor ao indivíduo ou à relação, e deve funcionar como um elemento que diz algo sobre a paciente, mas nunca de maneira totalizante.

As abordagens e propostas terapêuticas desenvolvidas para TPB se mostraram úteis para guiar o tratamento de Kambili, demonstrando que, por vezes, a eficácia da metodologia terapêutica influencia na definição da categoria diagnóstica, e não o contrário. Também é preciso frisar que tais categorias explicam em parte a abordagem escolhida pelos psiquiatras, mas não devem ser encaradas sob um aspecto totalizante de sua personalidade, ou mesmo da relação médico-paciente em questão. Além do uso do BMC, foi

necessário uma articulação conjunta com profissionais de outras instituições envolvidos no cuidado, a fim de garantir um plano terapêutico coeso e articulado. Essa comunicação nos dava uma perspectiva do que já estava sendo oferecido à Kambili para além dos cuidados médicos, como assistência jurídica, migratória e financeira, sendo possível nos situar diante das múltiplas demandas, estabelecer limites quanto ao tratamento e reorientar a paciente sobre o que já estava sendo feito. Também era necessário uma constante educação em saúde sobre o funcionamento do SUS, haja vista queixas e demandas médicas frequentes. Outrossim, na tentativa de compreensão da cultura nigeriana, o médico que atendia Kambili procurou estudar sobre esse tema, também por meio de literatura e arte. A abordagem da paciente inclui a investigação de suas percepções e compreensões sobre o que está ocorrendo com ela e o que se faz mais importante, elementos que fazem parte da formulação cultural (Mezzich et al., 1999). A partir destas indagações, é possível que psiquiatra e paciente construam juntos sentidos e caminhos para diagnósticos e tratamentos.

CONCLUSÃO

O processo diagnóstico é difícil, e frequentemente longo e incerto. Em contextos em que há contato ou fricção entre dois diferentes sistemas de crença e de simbolização, esse processo torna-se um intrincado caminho que possui dimensões hermenêuticas, relacionais e biológicas, e, no caso da psiquiatria, é a eficácia de determinada metodologia terapêutica adotada que frequentemente evidenciará o sucesso da empreitada. Procuramos demonstrar que a consideração de aspectos sociais, culturais, econômicos, étnico-raciais e linguísticos para a definição de qual categoria diagnóstica será adotada para descrever determinada perturbação experimentada por uma paciente imigrante passa necessariamente pela reflexividade dos próprios psiquiatras não apenas sobre sua posicionalidade no setting clínico, mas também sobre a construção das próprias categorias diagnósticas utilizadas.

Dessa forma, o processo diagnóstico da psiquiatria pode se beneficiar sobremaneira da utilização de ferramentas próprias das investigações etnográficas, como a já mencionada reflexividade, mas também da aproximação longitudinal, sensível e holística, e do levar a sério (Viveiros de Castro, 2002). Em sendo o estabelecimento de relações o ponto mais importante de todo este processo, é preciso compreender que as leituras e contextualizações de médicos por pacientes e de pacientes por médicos não são detalhes acessórios, mas a própria substância que garante a definição de uma metodologia de abordagem do problema. A aproximação longitudinal, sensível e holística garante tempo para evitar as frequentes reificações estigmatizantes presentes nesses contextos, e traz para a esfera de atenção de profissionais médicos problemas via de regra desconsiderados, como racismo, violência de gênero, condições precárias de trabalho e moradia, etc. Já levar a sério as inferências ontológicas dos sujeitos atendidos - i.e., não

enquanto uma teratologia epistêmica - permite que o diálogo estabelecido entre equipe de saúde e paciente emule simetria, passando a reflexividade a incidir não apenas sobre sujeitos, mas sobre epistemes, como dito acima.

É preciso, no entanto, ter cuidado para que o levar a sério não seja mais uma ferramenta de invisibilização dos sujeitos, que buscam auxílio de modelos explicativos para seus infortúnios e respostas terapêuticas a eles em diferentes matrizes epistemológicas. A psiquiatria é apenas um dos habitantes desse cenário plural de sistemas terapêuticos e de cura - com amizades poderosas que a beneficiam, é verdade. Ela possui recursos importantes de intervenção para a cessação de sofrimentos que podem ser evitáveis à maneira de outros sistemas de cura - mesmo que, muito embora ela deva estar ciente das estruturas racistas, xenófobas e misóginas que constituem nossa sociedade e o capitalismo global, concordemos que não é da alçada da psiquiatria amortecer os impactos de violências sistêmicas e estruturais. Kambili, por exemplo, derivava entre maldições e doenças mentais para explicar sua experiência de sofrimento, o que deixa explícito que dentro de seu arcabouço explicativo estava também a psiquiatria, e isso não pode ser ignorado.

Por fim, advogamos pela construção de estratégias coletivas e em rede de cuidado. Essa é uma solução prática e de fácil implementação que melhora exponencialmente o cuidado prestado. O acionamento e o diálogo constante entre redes de serviços que prestam assistência a populações imigrantes e os psiquiatras torna os problemas não medicalizáveis, frequentemente ignorados, mais próximos do cuidado médico, aterrando-o na realidade concreta do cotidiano dos pacientes - condições de moradia e abrigo, situação econômica, experiências de discriminação e racismo, etc. Além disso, garante que essas questões sejam endereçadas pelos serviços competentes do Estado e da sociedade civil organizada. Finalmente, a atuação e a coordenação em rede do cuidado povoam a experiência clínica de múltiplos saberes, possibilitando trocas benéficas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abidogun, Jamaine (2007). Western Education's Impact on Northern Igbo Gender Roles in Nsukka, Nigeria. *Africa Today*, 54(1), 29–51. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/27666873>

Allport, Gordon W. (1971). *Personality; a psychological interpretation*. London, United Kingdom: Constable.

American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association (Orgs.) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington D.C., USA: American Psychiatric Association.

Armstrong, David (2011). Diagnosis and nosology in primary care. *Social Science & Medicine*, 73(6), 801–807. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.017>

Bhugra, Dinesh (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258. doi: <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x>

Blaxter, Mildred (1978). Diagnosis as category and process: The case of alcoholism. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 12, 9–17. doi: [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(78\)90017-2](https://doi.org/10.1016/0271-7123(78)90017-2)

Branco Pereira, Alexandre (2018). O refúgio do trauma. Notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 26(53), 79–97. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005306>

Branco-Pereira, Alexandre (2020). *Viajantes do tempo: Imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo* (1o ed). Curitiba, Brasil: EDITORA CRV. doi: <https://doi.org/10.24824/978854444061.2>

Branco-Pereira, Alexandre (2021). Experimentações etnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiadas de São Paulo. *Prelúdios*, 10(11), 35–57. doi: <https://doi.org/10.9771/revpre.v10i10.36631>

Branco-Pereira, Alexandre. (2022a). Entre a crença e o saber: Cultura como falseamento da realidade em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiadas em São Paulo, Brasil. *Etnografica*, 26 (3), 625–650. doi: <https://doi.org/10.4000/etnografica.12118>

Branco-Pereira, Alexandre (2022b). Entre Cérebros, Psychés e Culturas: Notas para o debate sobre a epistemologia que embasa serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas em São Paulo. *Ilha Revista de Antropologia*, 24(2), 174–197. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2022.e80387>

Branco-Pereira, Alexandre. (2023, no prelo). Tensions between universality and equity in the access of immigrants to the Unified Healthcare System in the São Paulo metropolis during the Covid-19 pandemic. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*.

Brown, Phil (1990). The Name Game: Toward a Sociology of Diagnosis. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4), 385–486.

Carvalho, Lucas De Francisco, Pianowski, Giselle, Silva, Ana Maria Reis Da e Silva, Rosiane Gonçalves Coelho (2017). Personalidade: O panorama nacional sob o foco das definições internacionais. *Psicologia em Revista*, 23(1), 123–146. doi: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p123-146>

Carvalho, Luciana de Andrade, Cruz, Janaína Alves Sampaio, Sampaio, Leonardo Augusto Negreiros Parente Capela e Branco-Pereira, Alexandre (2018). Serviços de saúde mental para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo. *Travessia - Revista do Migrante*, 84, 55–68.

Coolidge, Frederick e Segal, Daniel (1998). Evolution Of Personality Disorder Diagnosis In The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 585–599. doi: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00002-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00002-6)

Cavalcanti, Leonardo (2015). Novos fluxos migratórios para o mercado de trabalho brasileiro: Desafios para as políticas públicas. *Revista da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia (ANPEGE)*, 11(16), 21–35. doi: <https://doi.org/10.5418/RA2015.1116.0002>

Crocq, Marc-Antoine (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 147–153. doi: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/macrocq>

Deps, Patrícia e Charlier, Philippe (2020). Medical Approach to Refugees: Importance of the Caring Physician. *Annals of Global Health*, 86(1), 41. <https://doi.org/10.5334/aogh.2779>

Devereux, Georges (1978). L'ethnopsichiatrie. *Ethnopsichiatria*, 1(1), 7.

Edwards, Jane (2021). Ethical Autoethnography: Is it Possible? *International Journal of Qualitative Methods*, 20. doi: <https://doi.org/10.1177/1609406921995306>

Ellis, Carolyn (2004). *The Ethnographic I: A Methodological Novel about Autoethnography*. Walnut Creek, Canada: Altamira Press.

Fanon, Frantz (2020). *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo, Brasil: Ubu Editora.

Ferreira, J. Flávio (2011). Negociar a cura: Enquadramentos da doença em uma clínica psiquiátrica transcultural – um estudo de caso. *Revista de Antropologia da UFSCar*, 3(1), 145–170. doi: <https://doi.org/10.52426/rau.v3i1.42>

Foucault, Michel. (2011). *O nascimento da clínica* (7o ed). Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.

Foucault, Michel (2019). *A história da loucura* (1o ed). São Paulo, Brasil: Perspectiva.

Galina, Vivian Fadlo, Silva, Tatiane Barbosa Bispo Da, Haydu, Marcelo, e Martin, Denise (2017). A saúde mental dos refugiados: Um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 297–308. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0929>

Good, Byron J. e Good, Mary-Jo DelVecchio (1986). The cultural context of diagnosis and therapy: A view from medical anthropology. Em Miranda, Manuel R. e Kitano, Harry H. L. *Mental health research and practices in minority communities*. Rockville, United States of America: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health.

Gunderson, John G. e Links, Paul S. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder* (First edition). Arlington, United States of America: American Psychiatric Publishing.

Hall, Calvin S., Lindzey, Gardner, Campbell, John B., Veronese, Maria Adriana Veríssimo, e Pereira, Antônio Carlos Amador (2000). *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Haydu, Marcelo (2017). *Refugiados congolezes na cidade de São Paulo: Processo migratório e itinerários terapêuticos* [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de São Paulo. Recuperado de: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41876>

Jutel, Annemarie (2009). Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278–299. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>

Jutel, Annemarie (2015). Beyond the Sociology of Diagnosis: Beyond the Sociology of Diagnosis. *Sociology Compass*, 9(9), 841–852. doi: <https://doi.org/10.1111/soc4.12296>

Jutel, Annemarie e Nettleton, Sarah (2011). Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social Science & Medicine*, 73(6), 793–800. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.014>

Kaiser, Bonnie N. e Kohrt, Brandon A. (2019). Why Psychiatry Needs the Anthropologist: A Reflection on 80 Years of Culture in Mental Health. *Psychiatry*, 82(3), 205–215. doi: <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1653142>

Kirmayer, Laurence J. (2006). Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126–144. doi: <https://doi.org/10.1177/1363461506061761>

Klein, Pauline, Fairweather, A. Kate e Lawn, Sharon (2022). Structural stigma and its impact on healthcare for borderline personality disorder: A scoping review. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 48. doi: <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00558-3>

Kleinman, Arthur (1988). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York, United States of America: Free Press; Collier MacMillan.

Kleinman, Arthur, Das, Veena e Lock, Margaret M. (Orgs.) (1997). *Social suffering*. Berkley, United States of America: University of California Press.

Kleinman, Arthur M. (1977). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social Science & Medicine* (1967), 11(1), 3–9. doi: [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-X](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-X)

Leal, João (2011). "The past is a foreign country"? Acculturation theory and the anthropology of globalization. *Etnográfica*, 15(2), 313–336. doi: <https://doi.org/10.4000/etnografica.952>

Lévi-Strauss, Claude (2017 [1973]). *Antropologia estrutural dois* (Beatriz Perrone-Moisés, Trad.). São Paulo, Brasil: Ubu Editora.

Paredes, Diego Enrique Londoño (2015). Elucidación epistémica e histórica del trastorno de la personalidad límite o borderline. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 189–195. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.001>

Martin, Denise, Viodres, Silvia, e Silveira, Cássio. (2022). Atenção em saúde para migrantes internacionais em São Paulo, Brasil: Acesso e universalidade no contexto da pandemia de Covid-19. *Revista del CESLA: International Latin American Studies Review*, 29, 49–68. doi: <https://doi.org/10.36551/2081-1160.2022.29.49-68>

McKenzie, Karen, Gregory, James, & Hogg, Lorna (2022). Mental Health Workers' Attitudes Towards Individuals With a Diagnosis of Borderline Personality Disorder: A Systematic Literature Review. *Journal of Personality Disorders*, 36(1), 70–98. doi: https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_528

Mead, Margareth (2000). *Sexo e temperamento* (4o ed). São Paulo, Brasil: Editora Perspectiva.

Mezzich, Juan E., Kirmayer, Laurence J., Kleinman, Arthur, Fabrega, Horacio, Parron, Delores L., Good, Byron J., Lin, Keh-Ming e Manson, Spero M. (1999). The Place of Culture in DSM-IV. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(8), 457–464. doi: <https://doi.org/10.1097/00005053-199908000-00001>

Moro, Marie Rose (2015). Psicoterapia transcultural da migração. *Psicologia USP*, 26(2), 186–192. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140017>

Moro, Marie-Rose (2018). La clínica transcultural tiene necesidad del grupo para sanar. *Anais do Evento Psicanálise e Antropologia, Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo*. Psicanálise e Antropologia, São Paulo.

Najjarkakhaki, Ardalane Ghane, Samrad (2021). The role of migration processes and cultural factors in the classification of personality disorders. *Transcultural Psychiatry*, 60(1), 99–113. doi: <https://doi.org/10.1177/13634615211036408>

Nathan, Tobie. (s.d.). Georges Devereux and Clinical Ethnopsychiatry. *Ethnopsychiatrie.net*. Recuperado de: <https://www.ethnopsychiatrie.net/GDengl.htm>

Neacsiu, Andrada D., Eberle, Jeremy W., Keng, Shian-Ling, Fang, Caitlin M. e Rosenthal, M. Zachary (2017). Understanding Borderline Personality Disorder Across Sociocultural Groups: Findings, Issues, and Future Directions. *Current Psychiatry Reviews*, 13(3). doi: <https://doi.org/10.2174/1573400513666170612122034>

Nettleton, Sarah, Kitzinger, Jenny e Kitzinger, Celia (2014). A diagnostic illusory? The case of distinguishing between “vegetative” and “minimally conscious” states. *Social Science & Medicine*, 116, 134–141. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.036>

New, Antonia S. e Triebwasser, Joseph (2018). A history of borderline personality disorder. Em Barbara Stanley e Antonia S. New (Orgs.), *Borderline personality disorder* (pp. 1–16). Oxford, London: Oxford University Press.

Osuji, Ucheoma C. (2023). A Feminist Analysis of “Woman-Husband” and “Male-Daughter” Practice in Igbo Cultural Thought. *Culture and Dialogue*, 11(1), 104-121. doi: <https://doi.org/10.1163/24683949-12340130>

Paris, Joel e Lis, Eric (2013). Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcultural Psychiatry*, 50(1), 140–151. doi: <https://doi.org/10.1177/1363461512468105>

Peirano, Mariza (2008, agosto, 06). Etnografia, ou a teoria vivida. *Ponto Urbe*, 2. Recuperado de: <http://journals.openedition.org/pontourbe/1890>; <https://doi.org/10.4000/pontourbe.1890>

Peirano, Mariza (2014). Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, 20(42), 377–391. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-71832014000200015>

Petryna, Adriana (2013). *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*. New Jersey, United States of America: Princeton University Press.

Pickersgill, Martyn D. (2014). Debating DSM-5: Diagnosis and the sociology of critique. *Journal of Medical Ethics*, 40(8), 521–525. doi: <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101762>

Qian, Xinyu, Townsend, Michelle L., Tan, Wan Jie e Grenyer, Brin F. S. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLOS ONE*, 17(12), e0279015. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015>

Radl-Karimi, Christina, Nielsen, Dorte Susanne, Sodemann, Morten, Batalden, Paul, e Von Plessen, Christian (2022). “When I feel safe, I dare to open up”: Immigrant and refugee patients’ experiences with coproducing healthcare. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2338–2345. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.009>

Rose, Nikolas e Novas, Carlos (2005). Biological Citizenship. Em Aihwa Ong e Stephen J. Collier (Orgs.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems* (p. 439–463). London, United Kingdom: Routledge.

Rosenberg, Charles E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237–260. doi: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003>

Russo, Jane e Venâncio, Ana Teresa A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: A “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460–483. doi: <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003007>

Ryder, Andrew G., Sunohara, Momoka e Kirmayer, Laurence J. (2015). Culture and personality disorder: From a fragmented literature to a contextually grounded alternative. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 40–45. doi: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000120>

Sahlins, Marshall (1997). O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: Por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção (parte I). *Mana*, 3(1), 41–73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-93131997000100002>

Santana, Carmen L. A. de e Neto, Francisco Lotufo (2015). Developing a mental health programme for refugees based on participatory Action Research: An experience from São Paulo, Brazil. *International Journal of Action Research*, 3, 265–288. doi: <https://doi.org/10.1688/IJAR-2015-03-Santana>

Sapir, Edward (1938). Why Cultural Anthropology Needs the Psychiatrist. *Psychiatry*, 1(1), 7–12. doi: <https://doi.org/10.1080/00332747.1938.11022170>

Sarti, Cynthia (2010). Corpo e Doença no trânsito de saberes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 25(74), 77–90. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092010000300005>

Shannon, Patricia J. (2014). Refugees’ advice to physicians: How to ask about mental health. *Family Practice*, 31(4), 462–466. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu017>

Stewart, Moira (Org.) (2017). *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Tedlock, Barbara (1991). From participant observation to the observation of participation: The emergence of narrative ethnography. *Journal of Anthropological Research*, 47(1), 69–94.

Trull, Timothy J. e Widiger, Thomas A. (2013). Dimensional models of personality: The five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 135–146. doi: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/ttrull>

Uchendu, Uchechukwu, Roets, Griet e Vandenbroeck, Michael (2019). Mapping constructs of gender in research on Igbo women in Nigeria: embracing a southern feminist theoretical perspective. *Gender and Education*, 31(4), 508–524. doi: <https://doi.org/10.1080/09540253.2017.1358807>

VandenBos, Gary R. (Org.) (2015). *APA Dictionary of psychology (2nd ed.)*. American Psychological Association. doi: <https://doi.org/10.1037/14646-000>

Viveiros De Castro, Eduardo (2002). O nativo relativo. *Mana*, 8(1), 113–148. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132002000100005>

Viveiros de Castro, Eduardo (2004). Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. *O que nos faz pensar*, 14(18), 225–254.

Wagner, Roy (2012). *A invenção da cultura*. São Paulo, Brasil: Cosac Naify.

Williamson, Kirsty (2018). Ethnographic research. Em *Research Methods* (pp. 311–335). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102220-7.00013-3>

Yin, Robert K. (2012). *Applications of Case Study Research* (3o ed, Vol. 34). Thousand Oaks, United States of America: Sage.

Zanarini, Mary C. e Conkey, Lindsey C. (2017). *Onset, Course, and Prognosis for Borderline Personality Disorder* (Vol. 1). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press. doi: <https://doi.org/10.1093/med/9780199997510.003.000>

Migración y Chagas: representaciones sociales de los equipos de salud

Migração e Chagas: as representações sociais das equipes de saúde

Andrea Avaria-Saavedra¹
Caterine Galaz Valderrama²

RESUMEN

A través de un estudio cualitativo realizado con entrevistas a equipos de salud que atienden a personas con Chagas, analizamos las representaciones sociales sobre la atención con población migrante en Chile. Los resultados evidencian la construcción estereotipada del Chagas como una cuestión “restringida” a la pobreza, a la ruralidad y a la migración. Estas representaciones construyen una noción de “otredad”, ya que posicionan a las personas afectadas como un sujeto ajeno al “nosotros/as”, y de forma crítica en relación con el autocuidado. Para los equipos, “la cultura” y la “procedencia” explican las complejidades dadas en la atención a personas migrantes reproduciendo un determinismo y etnocentrismo cultural. Se concluye que, siendo ésta una problemática de salud pública de carácter global, se requiere identificar los componentes intersubjetivos de la atención, los que reproducen limitaciones etnocéntricas en el acceso a salud y dificultan la interrupción de la transmisión del parásito.

Palabras clave: Migración internacional. Enfermedad de Chagas. Accesibilidad a servicios de salud. Representaciones sociales.

RESUMO

Por meio de um estudo qualitativo realizado com entrevistas com equipes de saúde que cuidam de pessoas com doença de Chagas, analisamos as

¹ Investigadora Doctorado en Ciencias Sociales, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Chile. E-mail: andrea.avaria@uautonoma.cl
Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-2217-8147>

² Académica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. E-mail: cgalazvalderrama@uchile.cl
Red académica: <http://orcid.org/0000-0001-6301-7609>

representações sociais do atendimento a populações migrantes no Chile. Os resultados mostram a construção estereotipada de Chagas como um problema “restrito” à pobreza, à ruralidade e à migração. Essas representações constroem a “alteridade”, pois posicionam as pessoas afetadas como um sujeito fora do “nós”, e de forma crítica em relação ao autocuidado. Para as equipes, “cultura” e “origem” explicam as complexidades do cuidado com os migrantes, reproduzindo um determinismo cultural e etnocentrismo. Conclui-se que, por se tratar de um problema de saúde pública global, é necessário identificar os componentes intersubjetivos do cuidado, que reproduzem limitações etnocêntricas no acesso à saúde e dificultam a interrupção da transmissão do parasita.

Palavras-chave: Migração internacional. Doença de Chagas. Acessibilidade aos serviços de saúde. Representações sociais.

INTRODUCCIÓN

La movilidad humana ha puesto en evidencia el Chagas como una problemática de salud pública de carácter global. Esta enfermedad parasitaria emerge dada la migración de las personas, en zonas consideradas históricamente no endémicas: Europa, Asia, Estados Unidos (Basile et al., 2011; Freikas et al., 2019; Pinto, 2012, 2017; Requena et al., 2014; Requena et al., 2017; Rodríguez y Albajar, 2010; Soriano et al., 2016; Schmunis, 2007; Schmunis y Yadon, 2010) y emerge en nuevos territorios debido al cambio climático, la deforestación y urbanización de los ecosistemas en que habitan los triatomíneos transmisores del parásito (Ayala et al. 2019; Tamayo et al., 2018, Tapia et al. 2018).

En países endémicos para Chagas ha habido diversos avances en su control. En Chile el control vectorial y transfusional como fuentes de transmisión, han sido exitosos. El Ministerio de Salud establece un total de 120.000 casos confirmados (Encuesta Nacional de Salud, 2016-2017) y desde el 2016 se ha declarado a Chile libre de la transmisión vectorial, siendo para el 2017 la seroprevalencia nacional para Chagas de 1,2% IgG (Ministerio de Salud, 2022). El 2016, dos años después de publicada la Norma técnica N° 162 que define la atención de salud en Chagas (en adelante CH) y establece la notificación obligatoria, se reportaron 1259 casos positivos.

Para el año 2021, la población de personas extranjeras estimada como residentes por el INE, PDI y el SERMIG, está compuesta por 1.482.390, quienes provienen del extranjero, de países donde el Chagas es también un problema de salud pública, debido a las diversas vías de transmisión del *Trypanosoma cruzi* (en adelante *T. cruzi*). Ello se refleja en las estadísticas regionales donde la migración tiene una elevada presencia, es decir, en las regiones del norte y la capital de Chile la seroprevalencia de Chagas es de 3,1% en Tarapacá, 4,1%, en Atacama, y en la Metropolitana de 0,7% (Ministerio de Salud, 2022). Considerando los procesos de movilidad y en lo relativo a la atención de

salud a nivel mundial, en particular en el contexto chileno, es importante observar que la población migrante enfrenta una serie de barreras de acceso a los sistemas de salud, producto de la pandemia se incrementó en estas zonas la migración irregular, con el consiguiente impacto en las dinámicas territoriales, debido a las múltiples exclusiones (económicas, sociales, de los sistemas de salud y educación, etc) enfrentadas por estas poblaciones, las barreras del sistema de salud. y en particular de las barreras del sistema de salud, en relación a la atención del Chagas (Forsyth et al., 2019; Avaria et al., 2022; Ventura, 2022).

En Chile en particular, la preocupación en relación al Chagas, está orientada a la atención y detección del T.cruzi en personas adultas a través de controles de salud o por medio de la donación de sangre (Oyarzún et al., 2021), siendo problemático el bajo tamizaje de la población y la poca continuidad del tratamiento. En este contexto, se identifica la invisibilidad de la población migrante con relación a la detección y tratamiento del Chagas, a pesar de la histórica relación y presencia de población latinoamericana. Por otro lado, las acciones de detección del Chagas en mujeres en Chile, durante la gestación no alcanzan al 100%, a pesar de que es una indicación de la norma técnica (Seguel, Morgado y Cruz, 2021) y forma parte de la implementación regional de la ETMI PLUS³ (PAHO, 2017). De esta manera se observa que otras enfermedades transmitidas por sangre son detectadas con mayor eficacia que el Chagas.

En zonas históricas del norte de Chile, de alta prevalencia de Chagas, el porcentaje de tamizaje de gestantes llega a un 80%. Sin embargo, a nivel nacional, el Ministerio de Salud de Chile afirma que la cobertura de tamizaje alcanzaba sólo el 54% para el 2020 (Ministerio de Salud, 2022). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2022), a nivel mundial, la tasa de notificación obligatoria por 100.000 habitantes para el 2019 fue de un 9,8 en mujeres y de un 4,6 en hombres, para el año 2020 existió una disminución, ya que las mujeres representaron el 4,6 y los hombres un 1,7. Esta disminución podría explicarse a nivel global como consecuencia de la pandemia de COVID-19 y su impacto en la atención efectiva de enfermedades transmisibles. Este dato es especialmente complejo en Latinoamérica si consideramos que las zonas de concentración de población migrante, coincide con zonas históricamente endémicas para el T. cruzi, por lo que se hace necesario tener presente el cambio epidemiológico a nivel mundial.

En este sentido, resulta indispensable desarrollar un seguimiento activo de parte de los equipos de salud, debido que esta vía de transmisión se encuentra vigente en Chile, sobre todo si se considera que el país se ha convertido en un receptor de población migrante, lo que genera una confluencia entre nacionales y migrantes con Chagas. Debido a ello, la alta movilidad, y

³ ETMI plus. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. OPS-OMS

principalmente la migración sur- sur, ha impactado en los sistemas de salud en el país, evidenciándose una serie de carencias y dificultades que impactan en la salud de las personas migrantes. Las brechas se manifiestan a través de las múltiples barreras institucionales, reflejando dificultades en la interacción humana en el ámbito de la atención de salud, especialmente cuando la salud se constituye en una estructura de exclusión y argumento para el control de la población (Galaz et al., 2021; Stefoni, Cabieses y Blukacz, 2021).

El racismo y la xenofobia impactan negativamente en el acceso y calidad de atención de las personas migrantes, lo que genera que sobre las personas migrantes se desarrollen estigmatizaciones, construyendo factores para construir una noción de "otredad" entorno a una diferenciación entre lo considerado como ajeno y distante y lo más próximo a lo nacional (Maffesolli, 2015). La otredad, de acuerdo con Thayer y Tijoux (2022), está marcada por las trayectorias migratorias, la racialización del otro, y la construcción de un estado nación sobre la base de la invisibilidad de sus orígenes, y un nosotros que se elabora desde la negación y la distancia de lo diverso. En ese sentido, los sistemas de salud justifican sus fallas culturizando al otro y la otra no nacional, o bien, atribuyen a las personas migrantes los fracasos del sistema, sobre todo respecto de la adherencia y al cumplimiento de las prácticas y cuidados asociados a la salud (Avaria et al., 2022).

Durante la pandemia COVID-19 se visibilizó la fragilidad del sistema de salud en la interacción con la población migrante ya que se evidenció un aumento de barreras y vulneraciones que afectaron sobre todo a población migrante en situación irregular, lo cual incrementó los desafíos a nivel local (Avaria et al., 2022; Cabieses et al., 2022). Estas dificultades se vieron exacerbadas por las violencias vividas por la población migrante, a partir de la incidencia de los medios de comunicación que acrecientan mitos y prejuicios asociados a la población migrante y al uso de los sistemas de salud (Cabieses, 2019; Cabieses y Astorga, 2021; Cea-Merino, Galaz y Poblete, 2021; Galaz et al. 2021; Galaz y Montenegro, 2015).

Esta construcción de "otredad" incide en el registro de las acciones en torno al Chagas, lo que termina evidenciando un desconocimiento sobre los factores sociales y culturales que se relacionan a la infección desde los distintos agentes profesionales (Castaldo et al., 2020; Forsyth et al., 2019; Galaz, Avaria y Silva, 2021). Por ello, la evidencia pone de manifiesto la necesidad de observar con atención el acceso y el seguimiento de salud de la población migrante (Cabieses, 2019; Cabieses et al., 2020; Castaldo et al., 2020; Forsyth et al., 2019). En este marco el presente artículo se plantea las siguientes interrogantes que son parte de la investigación FONIS SA18I0056 "Chagas desafíos para el Chile de hoy: diversidad, migración, territorio y acceso a derechos. Una aproximación cualitativa a la dinámica de atención de la enfermedad de Chagas en las Regiones de Tarapacá, Atacama y Metropolitana": ¿Cuáles son las barreras que los equipos evidencian en los procesos de atención de las personas migrantes?, ¿Los equipos de salud se encuentran capacitados para trabajar con personas con Chagas y migrantes?, ¿Cuáles son las representaciones del Chagas en población migrante manejadas

por los equipos de salud?, interrogantes poco exploradas en Chile, a pesar de que en otros contextos internacionales la evidencia remite desconocimiento de los equipos de salud, respecto del Chagas y también prejuicios relativos a los comportamientos relativos al cuidado, y a la enfermedad de Chagas, de las personas, lo que se entrecruza con las complejas trayectorias migrantes, la multidimensionalidad de las problemáticas de las personas positivas para T.cruzi y sus familias (Silveira, Martin y Goldberg, 2019; Galaz, Avaria y Silva, 2021; Sanmartino, Amieva, y Medone, 2018 por mencionar algunos).

Los equipos de salud se enfrentan al desafío de la atención de personas diversas y han debido comprender los procesos de salud-enfermedad en relación a esta diversidad, para avanzar hacia la adecuación de los servicios, a fin de garantizar la atención de las personas migrantes y de paso mejorar la calidad de la atención (Avaria, 2021). El desarrollo de esta investigación (2018-2022) ha permitido comprender en el contexto nacional las significaciones, barreras y reticencias que se producen en la atención de salud en particular de las regiones de Atacama, Tarapacá y Metropolitana en Chile, desde las experiencias de las personas con Chagas y desde los equipos de salud. Si bien esta investigación estuvo situada en un contexto nacional determinado, tiene un alcance mayor, pues permite, a partir de sus resultados, sumar evidencia en un terreno escasamente explorado, a necesidades de adecuación y de atención específica de la población migrante y de la población con Chagas a nivel local y proyectar sus resultados a nivel global.

En este artículo, presentamos resultados inéditos y específicos referidos, en particular, a la experiencia de los equipos para comprender los procesos de atención, adherencia a tratamiento y el desconocimiento asociado a una infección de prevalencia significativa a nivel nacional y de relevancia mundial.

Se hace necesario entender la complejidad que conlleva el Chagas como problemática de carácter global, multidimensional y presente en diversos contextos producto de la movilidad humana. Esta investigación viene a aportar en la comprensión de aspectos relativos a la intersubjetividad presentes en la atención de salud de personas migrantes con Chagas, en un contexto en que la transmisión vertical es el principal foco de preocupación del sistema para romper con la transmisibilidad del *Trypanosoma cruzi*, problematizar las subjetividades y representaciones presentes en los procesos de atención, así como la relación que ocurre entre migrantes y equipos de salud.

REPRESENTACIONES SOCIALES, MIGRACIÓN Y CHAGAS

La evidencia científica da cuenta de las complejidades que enfrentan las personas portadoras del T. cruzi en su condición de migrantes (Cabieses y Astorga, 2021; Van Der Laet, 2017). Dificultades que se incrementan debido

a las condiciones de migración, posibilidades de inclusión laboral y el imperativo de envío de remesas, producto de la responsabilidad que recae sobre algunas personas migrantes por sustentar a sus familias en el país de origen y destino.

Entre las barreras de atención y de acceso a la salud y en particular de la atención del Chagas, se encuentran dificultades como: el diagnóstico, el tratamiento, el desconocimiento de los equipos sobre la relación entre el Chagas y la migración como determinante de la salud, la falta de información sobre la migración y la falta de habilidades de los equipos para interactuar con diversidades culturales (Goldberg, 2010). En diversas investigaciones, se describen obstáculos estructurales de los sistemas de salud como carencia de recursos orientados al diagnóstico y tratamiento en lugares considerados no endémicos, problemas relativos al desconocimiento del Chagas por parte de los equipos de salud, sesgos en la atención, consecuencias de las desigualdades relativas a los contextos en que habitan las personas, y las consecuencias de prejuicios asociados a la enfermedad y a la migración (Avaria et al., 2022; Jimeno et al., 2021; Manne-Goehler, Reich y Wirtz, 2015; Olivera et al., 2018; Repetto et al., 2015; Sanmartino, Amieva y Medone, 2018; Valdés, 2021).

Cabe considerar que la migración es un determinante social de salud, debido a las trayectorias migratorias y la exposición que ésta genera a múltiples escenarios como son las dinámicas en el país de origen, el tránsito por diversos países y las vivencias en el país de destino, la condición administrativa y laboral, la habitabilidad de los espacios de residencia, los niveles de inclusión social, el nivel de acceso a derechos en destino y los prejuicios e interacciones presentes en los contextos de recepción de la población migrante. (Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017; Davies, Basten, y Frattini, 2010; Galaz, Avaria y Silva, 2021). En este complejo marco se hace imprescindible un enfoque multidisciplinario y multisectorial, siendo indispensable adoptar una serie de medidas para avanzar en la inclusión y el respeto a los derechos de salud de la población migrante: flexibilizar el sistema, considerar las características sociales y laborales de las personas migrantes, ampliar la formación de los equipos de salud en torno a la migración y potenciar el trabajo multidisciplinar para mejorar la calidad y la oportunidad de la atención en salud de las personas migrantes (Shikanai et al., 2017).

En países que debido a la globalización hoy presentan Chagas, la evidencia científica (Claveria et al., 2017; Iglesias et al., 2022; Pinazo et al., 2022), coincide en afirmar que tanto las personas afectadas, como los equipos que les atienden carecen de información y de formación en relación con el Chagas y también desconocen las características y condiciones de la migración, lo cual reproduce el desconocimiento de la realidad epidemiológica de la enfermedad en este grupo social (Valdez et al., 2015). Actualmente los conocimientos de los equipos se centran en la transmisión vectorial, a pesar de que es la transmisión vertical es la de mayor prevalencia en contextos territoriales de recepción de migrantes, sobre todo en países donde la transmisión vectorial y transfusional están controladas (Angheben et al. 2015). Iglesias et al. (2019)

dan cuenta que, en España, no se considera el lugar de origen y la migración como determinantes sociales asociados al Chagas. Por tanto, los equipos de atención primaria no son activos en el proceso de diagnóstico a pesar de estar más cerca de las comunidades migrantes, y sobre todo porque estos equipos son fundamentales en la detección, tratamiento y seguimiento, especialmente si nos referimos a personas migrantes (Hashimoto et al., 2015; Iglesias et al., 2019).

Blasco et al. (2016) señalan que el desconocimiento sobre el Chagas se asocia a una menor percepción de riesgo, pues por lo general esta enfermedad es asintomática y su desarrollo sólo se construiría de la mano de una situación crítica de afectación de la salud. La falta de percepción de riesgo afecta la disposición y la actitud de búsqueda activa de la población afectada (Sanmartino et al., 2022). Otros estudios dan cuenta de la representación del miedo asociado a la muerte y a la culpa, sentimientos experimentados, en particular, por las mujeres, por el miedo a transmitir la enfermedad a su descendencia (Avaria, Gómez y Prat, 2008; Minneman et al., 2012). En estudios como el de León y Pàez (2002), se destacan representaciones de la enfermedad como peligrosa, desde el desconocimiento de ésta y sus consecuencias. El riesgo de exposición disminuye en la medida que se han controlado las condiciones de transmisión (Ventura, 2022). Para Araya (2002), las acciones respecto al Chagas se enfocan hacia el entorno, la fumigación y el control vectorial, y se coloca como responsables de su control a agentes externos, en la acción de autoridades de salud o en organismos en tareas de higiene, así mismo se hace necesario revisar contextos urbanos de emergencia del Chagas y observar éste diferenciadamente de acuerdo con el género (Sanmartino, 2009). Ventura (2022) describe el riesgo latente como eje desde el cual se estructura la práctica clínica. Este riesgo refiere a la condición de las personas, en donde la falta de síntomas o malestar y a la posibilidad futura e incierta de desarrollar una enfermedad son los elementos que estructuran el discurso del riesgo como latente.

La falta de conciencia de riesgo en relación con el Chagas se vincula a la ausencia de síntomas cotidianos asociados al diagnóstico y la relación entre enfermedad con un territorio lejano (Blasco et al., 2016), y esto dificulta el desarrollo de conductas de prevención especialmente si observamos la conducta de salud de los hombres (Sanmartino, 2009; López y Salomón, 2022). Al respecto Uchoa et al. (2002) indican que esto se produce por una lógica cognitiva, relacionada al pensar y dissociada al hacer y a la acción. Para quien no tiene Chagas, ésta es una problemática que reviste gravedad, por el contrario, para quien tiene un resultado positivo, se produce desconfianza, tristeza, desesperación y una naturalización de la condición hasta que emerge una vivencia más crítica de la enfermedad. La negación de la condición aparece ante el impedimento de tratarla o de enfrentar las limitaciones de los equipos para abordarla. En el contexto de la migración se evidencia que el Chagas en sus lugares de origen, es representado como algo desconocido o poco común. Las personas lo experimentan como de no cuidado o poco riesgoso (Blasco et al., 2016). Di Girolamo et al. (2011) señalan la dificultad que

reviste acceder a salud para la población migrante, debido a las condiciones de incertidumbre, precariedades laborales, de habitabilidad, y de acceso a derechos, entre otras, condiciones de exclusión en que se encuentran las personas migrantes y las condiciones de irregularidad que enfrentan en estos contextos racializados y xenofóbicos. Por otro lado, se destaca la necesidad de los países de recepción, de detectar el Chagas lo que se contrapone a la escasez de centros de especialidad o de equipos que cuenten con las herramientas y los recursos para su atención.

Representaciones sociales y atención de salud en población migrante

Para comprender la configuración de imaginarios negativos sobre las personas migrantes que viven con Chagas en los equipos de salud, se incorporará el concepto de representación social. Para Ibáñez (1988), las representaciones sociales obedecen a un proceso de construcción de la realidad que se entiende en dos sentidos: por un lado, como parte de la realidad social que contribuyen a su configuración y, por otro, como representación del objeto que construyen. Foucault (2001), refuerza el concepto de representación social y especifica que el nominar un colectivo es un ejercicio de poder, de designación de los principios de identidad que, en un momento dado y en una cultura concreta, llevan a establecer un número limitado y definido de posibilidades.

Así, los discursos que se esgrimen no son sólo expresiones cotidianas, sino que prácticas sociales concretas que implican representaciones asociadas. De esta manera, las representaciones están conformadas por discursos enmarcados en sistemas culturales de autoridad y poder, y bajo esquemas que implican una cierta dominación y control sobre diferentes grupos sociales (Galaz, 2009).

Ibáñez (1988) destaca que el discurso social resulta ser un entramado de haceres y decires, de prácticas y representaciones, de retóricas sociales desde donde se “habla de”, y se le instituye como tal. Dentro de estos planteamientos, Said (2003) plantea que se nombra y categoriza a ciertos colectivos, y en ese acto, se crea esa realidad que se nombra a partir de “geografías imaginarias” que refieren fronteras entre lo propio y ajeno. Estos procesos suceden como una manera arbitraria de distinción que no requiere el reconocimiento del “otro” o la “otra”, ni de esa diferencia (Said, 2003).

Las representaciones sociales organizan las percepciones que se tienen respecto de otros colectivos sociales en los contextos nacionales y ellas se cristalizan en actitudes y prácticas cotidianas que impactan directamente en la salud de las personas. En los equipos de salud aparecen, por un lado, los prejuicios –en gran parte negativos– que manifiestan profesionales y técnicos/as hacia otras personas por su pertenencia a un grupo cultural y nacional concreto. Por otro lado, surgen los estereotipos, es decir, creencias generalizadas asociadas a una categoría grupal, “que están fuertemente arraigadas emocional y racionalmente y que son difundidas por una

comunidad" (Pujal, 1996, pp. 86-87). En este caso, veremos en el análisis, cómo se construye una falsa y estereotipada relación entre Chagas - pobreza - migración.

Cabe decir que los equipos de salud cuentan con poca información sobre los colectivos migrantes y, ante ello, el camino para la comprensión es la simplificación de la categoría general a características estereotipadas. Tajfel (1984) afirma que la escasez de información sobre algunas personas contribuye a establecer juicios utilizando la generalización de alguna característica a todos los miembros de ese colectivo.

Sostenemos que la catalogación que se hace tanto de la migración como de migrantes con Chagas en salud sitúa a este colectivo como un todo homogéneo, "fuera de lo común". Estas representaciones movilizan actos individuales y colectivos concretos que, dependiendo de la cercanía o no al canon establecido, puede incluso llegar al desprecio, exclusión o a la violencia simbólica o directa. Con relación a ello, Maffesoli (2003) considera que las representaciones sobre la otredad tienen una eficacia social de lo imaginario: existen consecuencias concretas que se generan por la catalogación social en las interacciones sociales. Estas consecuencias, como veremos en el análisis, implican reificar una posición de subordinación de las personas migrantes a situaciones de discriminación explícita, como de denostación y generalización implícita.

Como vimos las representaciones en torno al Chagas resultan particulares. Al respecto, para Tineo y Ponte (2013), emergen en relación con la información centrada principalmente en el parásito y las consecuencias físicas (órganos afectados), así como de la actitud situada en el miedo o en la ausencia de actitudes preventivas de las personas afectadas. Los autores subrayan que el campo de representación se elabora en relación con el insecto vector o a partes del cuerpo afectados (corazón e intestino), a síntomas específicos y a la relación del Chagas con ciertos lugares de procedencia, principalmente rurales. Las representaciones del vector se producen desde la experiencia o reconocimiento (Blasco et al., 2016), y de modelos de explicación que establecen un vínculo exclusivo entre el vector y la enfermedad (López y Salomón, 2015). Estos imaginarios vinculan al parásito con ciertas poblaciones específicas, como las campesinas en tanto representan a las más afectadas, y con ello se significan entornos que explicarían la relación entre enfermedad y pobreza (Sanmartino et al., 2022; León y Pàez, 2002). Actualmente como vemos en algunos países centrales, comienza a vincularse esta enfermedad con ciertos colectivos migrantes específicos. En ese sentido, se menciona que el estigma sobre la enfermedad afecta la búsqueda de atención, su acceso, incrementando las barreras institucionales (Castaldo et al., 2020). Este enfoque biomédico desconoce las particularidades y necesidades de la población migrante, es por lo que, diversas/os investigadoras/es plantean la necesidad de la incorporación de un enfoque comprensivo que permita un mejor acceso a la salud (Castaldo et al., 2020).

METODOLOGÍA

Se utilizó una metodología cualitativa de análisis para comprender las interpretaciones de los sujetos, destacando los significados que les dan a sus contextos, a las problemáticas sociales y a los discursos sobre un tema en particular, en este caso, la atención de la población con Chagas (Ruiz, 2012).

Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada (Taylor y Bogdan, 1992) y a partir de ésta, se abordaron las representaciones sociales sobre el Chagas referidas a la atención de población afectada en general y aquellas sobre la población migrante en particular. En este artículo se presenta una parte de la investigación desarrollada sobre la base de un análisis de 18 entrevistas (anónimas) a profesionales (profesionales médicos, enfermeras, matronas, encargados de los servicios de salud, cardiólogos, etc. principalmente de la salud de la región de Tarapacá (zona norte de Chile, histórica para la enfermedad de Chagas) y la Región Metropolitana (zona centro del país, con alta concentración de población migrante), dos de las tres regiones y grupos de entrevistados/as en los que se focalizó el estudio. El método de selección para la muestra fue teóricamente conducido (Valles, 1997) y las entrevistas se sistematizaron con el software Atlas-ti 7.0. El proceso de interpretación de los datos se basó en la segmentación de cada texto en citas, las cuales fueron codificadas para luego establecer categorías de análisis. El procedimiento de comparación constante, entre citas se realizó de forma exhaustiva, pasando de una codificación abierta a una axial (Strauss y Corbin, 2002).

El proyecto de investigación y los instrumentos, como los consentimientos informados, fueron aprobados por el Comité de Ética del Servicio Metropolitano Occidente de Salud de Santiago de Chile, considerando la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial, la evaluación ética ratificada, previa a la pandemia, con carta CCE N°18- 2019 y con el objeto de adecuar el desarrollo del proyecto a las condiciones producidas por la pandemia, a través de carta CCEN°19-2021.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: REPRESENTACIONES SOCIALES DE FUNCIONARIOS/AS DE SALUD

Desde los equipos de salud entrevistados, el Chagas es definido como una enfermedad desatendida, silenciosa, olvidada y medianamente escuchada por las personas que la viven, quienes, según los/las profesionales, desconocen las consecuencias y la posibilidad de tratamiento de ésta. Los equipos de salud señalan que la relevancia del Chagas es difícil de visibilizar entre los equipos que no son especialistas en la temática. En las narraciones de los equipos, se releva la idea de que el Chagas se da por superado en el territorio nacional, especialmente en su transmisión vectorial, o la prioridad

que le atribuyen es baja a nivel de salud pública, puesto que la enfermedad podría o no desarrollarse en las personas a largo plazo y, es por ello que, las personas no dimensionan su impacto. Se destaca, desde los equipos, al Chagas como una temática que sólo los dispositivos especializados manejan y resulta ser desconocida para la mayoría de los profesionales de la salud, como se ve en las siguientes citas:

La enfermedad de Chagas es una de las patologías que la describen como la enfermedad desatendida, enfermedad olvidada, ya, porque, es una patología antigua que viene de la famosa vinchuca (...) se ve como patología olvidada, desatendida, también porque donde es una enfermedad silenciosa que no causa, en el momento, problemas, sino más adelante, puede ser 20 o 30 años después, cuando los órganos ya están dañados... es una enfermedad calladita, silenciosa (Enfermera, Nivel Secundario Región Metropolitana (desde ahora RM), 2020).

No se le da mucha relevancia: de hecho, estaba hablando con el jefe, y te dice qué es el Chagas, o sea, incluso a nivel de los mismos equipos es una enfermedad difícil de visibilizar (Matrona, Nivel primario RM, 2020).

Es por lo que se releva el conocimiento de sus vías de transmisión y la manifestación clínica de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento médico además del control sanitario, la incidencia, prevalencia y su distribución en el territorio, por sobre aproximaciones que consideran determinantes sociales de la salud como incidentes en la transmisión.

Las siguientes citas visualizan la importancia dada a las explicaciones epidemiológicas de transmisión más que a otros factores, aunque algunos/as profesionales consideren factores sociales (Sanmartino, Avaria y de la Torre, 2020) . No obstante, los discursos se centran en la precariedad de las viviendas en relación con niveles de pobreza de determinados sectores sociales:

Esta enfermedad puede ser erradicada porque si los bancos de sangre ya no transmiten la cosa, no contagian a nadie, si las Vinchucas están detenidas, no hay casos reportados de infección por el insecto, y nos preocupamos de todas las mujeres en edad fértil, que tengan Chagas, de todas las embarazadas (Médico cirujano, Nivel secundario, RM, 2020).

Acá más que nada estamos con el tamizaje, no tenemos formas de prevenir la transmisión vertical, la única forma es el tamizaje. Y para las personas que viven en casas de adobe, dar aviso a fumigaciones (Enfermera, Nivel Secundario RM, 2020).

La problemática se circunscribe en la transmisión vectorial, la pobreza o se restringe a lo biomédico. Ante la pregunta sobre los mecanismos de prevención, los equipos consideran estrategias biomédicas, el tamizaje y

el control vectorial como las únicas que permitirían su erradicación; pero entre sus narraciones no consideran las condiciones sociales, económicas, culturales, estructurales y del sistema de salud que intervienen en la prevalencia de Chagas, en el acceso y adherencia a la atención de salud.

A pesar de que algunas personas entrevistadas tienen una visión más crítica sobre las significaciones del Chagas y los estereotipos que le subyacen, persiste la asociación del Chagas con contextos rurales, pobres, marginales, poblaciones que habitan construcciones precarias y que viven en situación de hacinamiento, con bajos niveles educativos, poca información de su salud y del sistema de salud chileno, además de asociar el Chagas a colectivos socioculturalmente específicos, como los grupos aymaras, quechua y migrantes provenientes de Bolivia y Perú principalmente, quedando invisibilizados otros grupos de zonas con prevalencia de Chagas. Lo anterior se condensa en las siguientes citas:

Son personas que viven (...) en condiciones de hacinamiento, zonas muy rurales, donde no existe piso, o sea, tienen piso de tierra, la forma de (...) la vivienda es precaria, de hacinamiento, por eso lo asocio mucho a la población migrante, sobre todo a bolivianos, que viven en esta zona de rucos, de piedritas, en donde está el adobe, ahí me imagino que vive el vector, la vinchuca (Matrona, Nivel primario, Región de Tarapacá (de acá en más RT), 2020).

Tenemos como dos tipos de personas: las que vienen del área norte, de casa de adobe, en contacto directo con la vinchuca, y un tipo de población más precaria migrante, ya que también viven en casa de adobe o hacinamiento, pero que tienen desconocimiento de la misma vinchuca, de la patología en sí, de lo que era. (Enfermera, Nivel secundario, RM, 2020).

La representación estereotipada del Chagas, “restringida” a la pobreza, a la ruralidad y a la migración opera como un vehículo que construye “otredad”. Es decir, las narraciones dan cuenta de que se sitúa a las personas afectadas como un sujeto ajeno, distante a un ‘nosotros/as’, la población nacional. La representación de los sujetos desde la carencia justifica la acción de las instituciones de salud chilena hacia su reeducación.

Para Liberona (2012) la “cultura” sirve al funcionariado como una válvula de escape para enfrentar los problemas de otredad que asoman durante la atención de las personas migrantes e indígenas, de modo tal que, las instituciones sanitarias terminan reproduciendo un determinismo cultural que implica considerar que las personas se comportan de una determinada manera sólo debido a su cultura o su origen cultural o social, “[Los migrantes] no están acostumbrados a este sistema, en realidad es eso, no están culturizados todavía ellos (peruanos y bolivianos). No lo comprenden” (Matrona, Nivel primario, RT, 2020).

Cuando se habla de una dimensión educativa desde los equipos de salud se plantea una vía formativa dentro de dinámicas de jerarquización,

donde las experiencias y códigos simbólicos y culturales que manejan las personas locales-rurales tienden a ser desestimados y subordinados a la mirada y control institucional, situada como lugar de expertiz. De esta manera, los saberes locales, migrantes, populares son subordinados a la cultura dominante nacional que se (re)produce en la estructura de salud. Es importante destacar, el valor atribuido a la elaboración (no institucional) de herramientas comunicacionales por parte de los equipos de atención directa para mediar la entrega de información y la comunicación, de modo de resolver las tensiones propias de trabajar con personas con diferencias socioculturales distintas, entendiendo que el ajuste cultural es un desafío para los equipos de salud, “Me cuesta hacer un trabajo (con migrantes), es desgastante. Ellos no entienden mucho las indicaciones, a veces me ha tocado también cambiar el lenguaje porque no entienden. Busco formas alternativas” (Enfermera, Nivel secundario RT, 2020).

En los relatos de las personas profesionales se visualiza una clara diferenciación culturalista y subordinada de las personas nacidas en el extranjero (Montenegro et al., 2015) porque se les construye sólo o bien desde su condición de migración, o en su adscripción indígena, o bien en posiciones económicas desfavorecidas, de determinados países y colectivos. El país de recepción -en este caso el chileno- se sitúa en una posición de privilegio:

Ellos vienen de repente con una carga laboral, emocional, y la política de salud de Bolivia (...) allá no (...) no tiene en su prioridad el tratamiento de Chagas. Cuando llegan aquí, se les ofrece este beneficio en realidad. Les cuesta mucho captarlo a ellos. No están acostumbrados. A pesar de que los educo y todo; porque ellos vienen aquí a trabajar (Enfermera, Nivel Secundario, RT, 2019).

Cabe señalar que las barreras culturales aparecen mucho más intensamente en los discursos de los equipos de la región de Tarapacá en contraste con los de la región Metropolitana. En la zona norte del país, se asocia a la migración a motivaciones de tipo laborales y se refuerza con ello la idea de que la prioridad de los y las migrantes es productiva por sobre el cuidado de la salud, desestimando con ello explicaciones estructurales que someten a las personas a condiciones de dependencia y explotación laboral y que justifican en ocasiones la baja adherencia a los programas públicos:

Cuando veo a un paciente, cuando ingresa, uno los mira, y uno ya ve si será un paciente adherente o no. Sé que viene con una carga laboral porque vienen a trabajar. Sé que muchas personas migrantes, la mayoría mujeres, vienen aquí a trabajar, y tienen a sus hijos en Bolivia, trabajan y mandan dinero. Para ellos tener una enfermedad no es una prioridad tampoco, para ellos la prioridad es venir a trabajar y mandar dinero a su familia. La salud está en otra prioridad (Enfermera, Nivel Secundario, RT, 2019).

Por otro lado, desde una perspectiva de género, hemos identificado distinciones que emergen en los discursos de matronas y enfermeras principalmente, narraciones asociadas a la prevención de la transmisión congénita y al diagnóstico de Chagas en mujeres embarazadas. En este contexto se identifica cierta visión evaluativa del ejercicio de la maternidad de las mujeres migrantes con Chagas que, por un lado, cataloga a las mujeres migrantes como “buenas/malas madres”, sobre la base de la asistencia o no a controles médicos en relación con este problema. Por otro lado, también se visualiza una visión crítica y etnocéntrica de estas mujeres, como responsables de la posible transmisión del parásito a sus hijos/as. En ello, se tiende a homogeneizar y asimilar la experiencia de maternidad en los procesos de institucionalización y medicalización del embarazo, con una fuerte carga nacionalista que suprime las particularidades biográficas, sociales, culturales, indígenas, migrantes y estructurales de las gestantes y, se produce una comparación en el desempeño de la maternidad entre chilenas, indígenas y migrantes. Para Avaria (2021) este aspecto es relevante, pues no en todos los países la medicalización e institucionalización del embarazo es una realidad y no todas las mujeres socializan el proceso de gestación de la misma manera, por lo que es esperable que no todas respondan de igual manera a la organización de la atención del embarazo y el parto.

A continuación, las citas subrayan la falta de responsabilidad de las madres migrantes respecto de los cuidados básicos durante el embarazo. Se enuncian diversas formas de presión que los/las profesionales implementan para que éstas asistan a las consultas, identificando a través de las narraciones, algunas prácticas de amenazas discursivas. En contraste, se subraya que algunas madres migrantes valoran, por sobre las nacionales, la atención médica y los beneficios asociados al sistema de salud:

Ahora ingresan muchas migrantes, ellas tienen un acceso más fácil. Me llegan muchas extranjeras embarazadas sin control en el extranjero, de embarazos ya avanzados y con patologías asociadas, entonces ya es un cambio para nosotros como profesionales el protocolo que tenemos que seguir con cada paciente, con ese tipo de paciente, ¿ya? Son pacientes que no tienen un buen conocimiento del embarazo, y que no son responsables en realidad (Matrona, Nivel primario, RT, 2020).

No tengo más herramientas más que generar algo de susto ya que si las mamás no le están dando el medicamento al hijo o falta a los controles, yo les llamo, y me dicen: no, me salió una urgencia, y me tuve que ir a Bolivia, y yo sé que es mentira, porque las he visto. Entonces, ahí como que, me frustra eso, yo las amenazó, así entre comillas, les digo: “mire aquí en Chile, los niños están protegidos. Entonces, si usted no lo trae, yo voy a tener que llamar al consultorio más cercano a su domicilio, va a tener que ir una asistente social”, y ahí te dicen ¡ah ya! Listo porque les da miedo (Enfermera, Nivel secundario, RT, 2019).

No obstante, también emergen discursos más críticos de parte de algunos/as profesionales de la salud. Estos relatos refieren a la necesidad de erradicar estigmas que asocian erróneamente una relación entre migración y enfermedad; representaciones arraigadas en equipos de salud como también en la población chilena. Los equipos destacan como clave para ello la formación y capacitación constante:

Hay muchos mitos respecto de la llegada de migrantes a nuestro país, yo creo que después de un buen tiempo, las estadísticas de cuánto Boliviano, cuánto Argentino, cuánto Peruano, cuánto Colombiano tienen tal o cual enfermedad, ahí podríamos decir si efectivamente esto ocurre, pero hasta el año pasado no se veía una gran diferencia con los chilenos (Enfermera, Nivel primario, RT, 2020).

Hay muchos que creen que las falencias, de las debilidades que tenemos, justamente porque se ha incorporado toda una población extranjera que viene a buscar trabajo... hay gente incluso piensa que en otros países no se colocan vacunas, que no se protegen, que no tienen idea de que viven en condiciones donde no tienen alcantarillado (Enfermera Referente Enfermedad de Chagas, Nivel Servicio, 2019).

Resumiendo, los equipos suelen relacionar las barreras de acceso y oportunidad de atención de salud de personas migrantes con problemas respecto de los procesos de diagnóstico y de tratamiento, destacando al menos cinco factores principales: la condición flotante, temporal e itinerante de la población migrante; la falta de conocimientos que tendrían respecto a los derechos de atención universal en salud; la falta de conciencia de los necesarios cuidados de salud que requieren ciertas enfermedades; la falta de formación en torno al proceso de salud-enfermedad que tienen en sus países; y el miedo a “aparecer” en el sistema público - población en situación irregular- por el riesgo a la deportación y denuncia del equipo tratante.

CONCLUSIÓN

Son diversos los desafíos, oportunidades y posibilidades que complejizan los enfoques para enfrentar de manera integral al Chagas en Chile. El escenario de movilidad humana actual, junto a los perfiles epidemiológicos que se configuran a partir de ésta, evidencian la necesidad de una aproximación multidimensional que cuestione la manera en que se han construido los procesos de salud/enfermedad/atención y el modo en el que han sido abordadas las experiencias de quienes se atienden y de los equipos de salud.

Actualmente se reproduce en los imaginarios de profesionales de la salud cierto determinismo cultural (Galaz et al., 2021) ya que la diferencia por nacionalidad sirve como explicación de los problemas que asoman en

la atención de salud de migrantes e indígenas. Como vimos emergen representaciones estancas y estereotipadas de las personas migrantes con Chagas que justifican la poca adherencia a los tratamientos de migrantes debido a supuestas características atribuidas a su marco cultural.

Para superar los estereotipos que subyacen al Chagas y que limitan su abordaje se hace fundamental abordar las tradiciones sobre las cuales se han cimentado las relaciones de poder dentro del sistema social y de salud biomédico. Pensar el Chagas en su intersección con la migración nos permite poner la mirada sobre las posibilidades y las oportunidades para esbozar creativas estrategias que transiten hacia la construcción de posiciones simétricas en contextos de diversidad de todo tipo, no sólo cultural, que garanticen condiciones de vida de bienestar y acceso a los servicios de salud.

El predominio de una visión médica en la atención del Chagas dificulta visualizar factores sociales que inciden en el diagnóstico oportuno como en el tratamiento en personas nacionales y en migrantes. La visión biomédica en relación con el Chagas debiera ser revisada para avanzar hacia un enfoque que considere género, origen étnico-cultural, y las intersubjetividades en el contexto de atención.

Por ejemplo, impulsar y posicionar transversalmente la práctica efectiva de la interculturalidad es necesario y considerar a las colectividades como agentes activos ya que realizan prácticas de participación, organización y resistencia ante situaciones que impliquen su propia salud. De especial relevancia es el trabajo socio-comunitario, que contemple las particularidades territoriales e inequidades que se articulan en torno al Chagas en diferentes contextos, especialmente aquellas zonas geográficas con mayor población migrante residente.

De esta manera, esta investigación adhiere a otras evidencias que enfatizan la necesidad de formación profesional considerando las particularidades de los territorios (Ramos et al., 2020; Soares et al., 2021). Ampliar la formación considerando la globalización del Chagas, la transmisión congénita en el proceso de interrupción, ampliar la búsqueda en atenciones preconcepcionales y asegurar el diagnóstico a nacidos con Chagas positivo antes del año son acciones fundamentales (Soriano et al., 2016).

Por otro lado, constatamos, como señala Maffesoli (2003) que las representaciones sociales que los equipos de salud construyen sobre la población migrante, tienen una “eficacia social” concreta que redundo en dificultades y discriminaciones para la atención de salud. Concluimos que, a partir de la persistencia de estas representaciones, es importante dar relevancia a la relación que se urde entre lo biológico, lo ambiental, lo sociocultural, lo político-económico y lo histórico en los procesos de enfermedad y considerar cómo estos factores inciden en la inequidad en salud, lo que puede afectar más intensamente a ciertos colectivos en situación de vulnerabilidad. Así, es especialmente relevante considerar los aspectos asociados a la desigualdad en el acceso, los recursos, ingresos y dinámicas de poder presentes en las

estructuras sociales y políticas públicas -en este caso de salud y en relación con la población migrante- porque su reificación puede terminar excluyendo a poblaciones de determinados derechos sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angheben, Andrea, Boix, Lucia, Buonfrate, Dora, Gobbi, Federico, Bisoffi, Zeno, Pupella, Simonetta, Gandini, Giorgio y Aprili, Giuseppe (2015). Chagas disease and transfusion medicine: a perspective from non-endemic countries. *Blood transfus*, 13(4), 540-550. doi: <https://doi.org/10.2450/2015.0040-15>

Ayala, Salvador, Alvarado, Sergio, Cáceres, Dante, Zulantay, Inés y Canals, Mauricio (2019). Estimando el efecto del cambio climático sobre el riesgo de la enfermedad de Chagas en Chile por medio del número reproductivo. *Rev Med Chil*, 147(6), 683-692. doi: <http://doi.org/10.4067/S0034-98872019000600683>

Araya Umaña, Sandra (2002). *Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión*. 127. San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Avaria Andrea, Gómez i Prat, Jordi (2008). Si tengo Chagas es mejor que me muera. El desafío de incorporar una aproximación sociocultural a la atención de personas afectadas por la enfermedad de Chagas. *Enferm. Emerg*, 10(1), 40-45.

Avaria, Andrea (2021). Ser mujer como constante de tensión en el parto. Parir en Santiago de Chile, cuando se es chilena, migrante o extranjera. En Estrada, Baldomero (Comp), *Inmigración Internacional en Chile. Perspectivas económico-sociales 1850-2017* (pp. 205-243). Valparaíso, Chile: Ediciones Universitarias de Valparaíso.

Avaria, Andrea, Ventura-García, Laia, Sanmartino, Mariana y Van Der Laat, Carlos (2022). Population movements, borders, and Chagas disease. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, 117, 1-8. doi: <http://doi.org/10.1590/0074-02760210151>

Avaria, Andrea, Basualto, Lorena, Brito, Sonia, Rodrigo, Flores, Claudia (2022). Perspectivas y experiencias del COVID 19 desde las personas migrantes, representantes territoriales y de organizaciones sociales. La relevancia del abordaje sociosanitario. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, (39), 11-40. doi: <https://doi.org/10.29344/07171714.39.3085>

Basile, Luca, Jansa, Josep, Carlier, Yves, Salamanca, Dominique, Angheben, Andrea, Bartoloni, Alessandro, Seixas, Jorge, Van Gool, Tom, Cañavate, Carmen, Flores, María, Jackson, Yves, Chiodini, Peter, Albajar, Pere y Working Group on Chagas Disease (2011). Chagas disease in European countries: the challenge of a surveillance system. *Euro Surveill*, 16(37), 19968.

Blasco, Teresa, García, Lucía, Navaza, Bárbara, Navarro, Miriam y Benito, Agustín (2016). Knowledge and experiences of Chagas disease in Bolivian women living in Spain: a qualitative study. *Glob Health Action*, 9(1), 1-10. doi: <https://doi.org/10.3402/gha.v9.30201>

Cabieses, Báltica (2019). Salud y migraciones: un proceso complejo y multidimensional. En Rojas, Nicolás y Vicuña, José Tomás (Eds.) *Migración en Chile: Evidencia y mitos de una nueva realidad* (pp. 143-170). Santiago, Chile: Editorial LOM.

Cabieses, Báltica, Bernales, Margarita y McIntyre, Ana María (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo. Recuperado de: https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

Cabieses Báltica y Astorga, Sofía (2021). Brechas de acceso y uso de servicios de salud en población migrante internacional y chilena según curso de vida. En Avaria Andrea, Cabieses, Báltica y Obach, Alexandra (Eds). *Salud y migraciones. Relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy* (pp.45-68), Santiago, Chile: Ril Editores, Universidad Autónoma de Chile.

Cabieses, Báltica, Obach, Alexandra, Blukacz, Alice, Carreño, Alejandra, Pérez, Claudia, Vicuña, José Tomás, Stefoni, Carolina y Avaria, Andrea (2022). Recursos y vulnerabilidades de comunidades migrantes en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2. *Revista de Salud Pública*, 24(4), 1-7. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n4.99551>

Castaldo, Miriam, Cavani, Andrea, Segneri, María Concetta, Costanzo, Gianfranco, Mirisola, Concetta y Marrone, Rosalía (2020). Anthropological study on Chagas Disease: Sociocultural construction of illness and embodiment of health barriers in Bolivian migrants in Rome, Italy. *PLoS ONE*, 15(10). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240831>

Cea-Merino, Pastor, Galaz, Caterine y Poblete, Rolando (2021). Dinámicas de intervención hacia población inmigrante en territorios extremos. Aproximación desde los servicios de salud en la Región de Aysén. En Avaria, Andrea, Cabieses, Báltica y Obach, Alenxandra (Eds.) *Salud y migraciones. Relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy* (pp.221-246), Chile: Rid Editores- Universidad Autónoma de Chile.

Claveria, Isabel, Caro, Johanna, Ouabarab, Hakima, González, María Asunción, Albajar-Viñas Pedro y Gómez I Prat, Jordi (2017). The Catalanian expert patient programme for chagas disease: an approach to comprehensive care involving affected individuals. *J Immigr Minor Health*, 19(1), 80-90. doi: <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0345-y>

Davies, Anitta; Basten, Ana y Frattini, Chiara (2010). *Migration: A social determinant of migrants' health*. Eurohealth (London).

Departamento de Epidemiología (2017). *Encuesta Nacional de Salud*. Chile: Ministerio de Salud. <http://epi.minsal.cl/encuesta-ens/>

Di Girolamo Chiara, Bodini, Chiara, Marta, Brigida, Ciannameo, Anna, Cacciatore, Francesca (2011). Chagas disease at the crossroad of international migration and public health policies: why a national screening might not be enough. *EUROSURVEILLANCE*, 16(37), 57-61.

Freikas, Kárita, Antunes, Fabiana, Bavia, Lorena, Silva, Flavia, Holsbach, Marcia, Messias-Reason, Lara y Lucas, Thaisa (2019). Chagas Disease: From Discovery to a Worldwide Health Problem. *Front Public Health*, 7. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00166>

Forsyth, Colin, Meymandi, Sheba, Moss, Ilan, Cone, Jason, Cohen, Rachel y Batista, Carolina (2019). Proposed multidimensional framework for understanding Chagas disease healthcare barriers in the United States. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 13(9). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007447>

Foucault, Michel (2001). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Ciudad de México, México: Siglo XXI.

Galaz, Caterine (2009). *Las relaciones de cooperación y exclusión social. Un estudio sobre la alteridad*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.

Galaz, Caterine y Montenegro, Marisela (2015). Gubernamentalidad y relaciones de inclusión/ exclusión: los dispositivos de intervención social dirigidos a mujeres inmigradas en España. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1667-1680.

Galaz Caterine, Avaria, Andrea y Silva, Claudia(2021). Avances y limitaciones en la investigación sobre factores sociales relativos a la Migración y Chagas. *Humanidades Médicas*, 21(2), 597-614.

Galaz, Caterine, Cea, Pastor, Molina, Daniela, Castro, Daniela y Ortega, María José (2021). Una mirada interseccional a las prácticas de salud en Aysén. Procesos de racialización en Chile. *Quaderns de psicologia*, 23(3) doi: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1750>

Goldberg, Alejandro (2010). Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia del Chagas y la tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires respectivamente. *Revista Eä*, 1(3). Recuperado de <http://www.ea-journal.com/art1.3/Abordaje-antropologico-comparativo-chagas-tuberculosis.pdf>

Hashimoto, Ken, Zúniga, Concepción, Nakamura, Jiro y Hanada, Kyo (2015). Integrating an infectious disease programme into the primary health care

service: a retrospective analysis of Chagas disease community-based surveillance in Honduras. *BMC Health Service Research*, 116. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0785-4>

Ibáñez, Tomás (1988). *Ideología de la Vida Cotidiana*. Barcelona, España: Ediciones Sendai.

Iglesias, Laura, Romay, María, Boquete, Teresa, Benito, Agustín y Blasco, Teresa (2019). The role of the first level of health care in the approach to Chagas disease in a non-endemic country. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 13(12). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007937>

Iglesias, Laura, Romay, María, Boquete, Teresa, Benito, Agustín, Jordan, Brigitte y Blasco, Teresa (2022). Mapping health behaviour related to Chagas diagnosis in a non-endemic country: Application of Andersen's Behavioural Model. *PLoS ONE*, 17(1). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262772>

Jimeno, Irene, Mendoza, Nilce, Zapana, Franz, De la Torre, Leonardo, Torrico, Faustino, Lozano, Daniel, Billot, Claire, Pinazo, María Jesus y InSPIRES Consortium (2021). Social determinants in the access to health care for Chagas disease: A qualitative research on family life in the "Valle Alto" of Cochabamba, Bolivia. *PLoS ONE*, 16(8). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255226>

Liberona, Nannette (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, (28), 19-38.

León, Marú y Pàez, Darío (2002). Representaciones sociales de la enfermedad de Chagas en comunidades en riesgo: creencias, actitudes y prevención. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 36(1-2), 215-236.

López, Stella y Salomón, Oscar (2015). Conocimiento, percepción y actitud sobre la enfermedad de Chagas en un centro de referencia urbano. *Revista De patología Tropical*, 44(4), 409-422. doi: <https://doi.org/10.5216/rpt.v44i4.39228>

López, Stella y Salomón, Oscar (2022). Conocimiento, percepción y actitud sobre la enfermedad de Chagas en un centro de referencia urbano. *Revista de patología Tropical*, 44(4), 409-422.

Maffesoli, Michel (2003). El Imaginario Social. *Revista Anthropos*, 198, 149-153.

Manne-Goehler, Jennifer, Reich, Michael y Wirtz, Veronika (2015). Access to care for Chagas disease in the United States: a health systems analysis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 93(1), 108-113. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.14-0826>

Minneman, Rebeca, Hennink, Monique, Nicholls, Andrea, Salek, Sahar, Palomeque, Francisco, Khawja, Amina, Albor, Lauren, Pennock, Chester y Leon Juan (2012). Barriers to Testing and Treatment for Chagas Disease among Latino Immigrants in Georgia. Hindawi Publishing Corporation. *Journal of parasitology research*, 295034. doi: <https://doi.org/10.1155/2012/295034>

MINSAL(2022). Informe de vigilancia integrada anual enfermedad de Chagas. Periodo 2020. Recuperado de https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.14_INFORME-ENFERMEDAD-DE-CHAGAS.pdf

Montenegro Martínez, Marisela; Galaz Valderrama, Caterine; Yufra, Laura; Montenegro Quitana, Karla. Dinámicas de subjetivación y diferenciación en servicios sociales para Mujeres inmigradas en la ciudad de Barcelona. *Athenea digital*, 2011, 11(2), 113-132- Recuperado de <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/244714>.

Olivera, Mario, Porra, Juan, Toquica, Camilo y Rodríguez, Jorge (2018). Barriers to Diagnosis Access for Chagas Disease in Colombia. *Journal of Parasitology Research*, ID 4940796. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/4940796>

Oyarzún, Alberto, Guevara, Paula, Martínez, Camila, Espinoza, Gustavo, Valencia, Oscar, Parada, Mario y Cárdenas, María José (2021). Caracterización de personas con enfermedad de Chagas en el Centro de Salud Familiar Valle Los Libertadores y establecimientos dependientes en Putaendo. *Revista Chilena de Salud Pública*, 24(2), 161-165. doi: <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2020.61285>

Pan American Health Organization (2017). EMTCT Plus. Framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas (OPS/CHA/17-009). Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34306>

Pinazo, María Jesús, Rojas, Mirko, Saravia, Ruth, Garcias Wilson, Ramos, Carlos, Pinto, Jimy, Ortiz, Lourdes, Castellon, Mario, Mendoza, Nilce, Lozano, Daniel, Torrico, Faustino y Gascon, Joaquin (2022). Results and evaluation of the expansion of a model of comprehensive care for Chagas disease within the National Health System: The Bolivian Chagas network. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 16(2). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010072>

Pinto, Joao (2012). Tendencias sociales de la enfermedad de Chagas para las próximas décadas. *Salud Colectiva*, 8(1), 39-48.

Pinto, Joao (2017). Facing Chagas disease. *Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 50(3), 285-286. doi: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0254-2017>

Pujal, Margot (1996). La identitat (el sef). En Botella, Mercé (Ed.) *Introducción a la psicología Social* (pp.61-109), Barcelona, España: Ediuoc.

Ramos, José, Mira, José, Ramos, Violeta, Torrús, Diego, Llenas, Jara y Navarro, Miriam (2020). Healthcare Professionals and Students' Awareness of Chagas Disease: Design and Validation of Chagas Level of Knowledge Scale (ChaLKS). *The American Journal of Tropical Medicine Hygiene*, 103(1), 437–444. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.19-0677>

Repetto, Carla, Zachariah, Rony, Kumar, Ajay, Angheben, Andrea, Gobbi, Federico, Anselmi, Mariella, Al Rousan, Ahmad, Torrico, Carlota, Ruiz, Rosa, Ledezma, Gabriel, Buoninsegna, Maria Chiara, Khogali, Mohammed, Van den Bergh, Rafael, De Maio, Gianfranco, Egidi, Ada, Maccagno, Barbara y Garelli, Silvia (2015). Neglect of a neglected disease in Italy: the challenge of access-to-care for chagas disease in bergamo area. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 9(9). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004103>

Requena, Ana, Albajar, Pere, Angheben, Andrea, Chiodini, Peter, Gascón, Joaquim y Muñoz, José (2014). Health Policies to Control Chagas Disease Transmission in European Countries. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 8(10). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003245>

Requena, Ana, Bussion, Sheila, Aldasoro, Edelweiss, Jackson, Yves, Angheben, Andrea, Moore, David, Pinazo, María Jesús, Gascón, Joaquim, Muñoz, José y Sicuri, Elisa (2017). Cost-effectiveness of Chagas disease screening in Latin American migrants at primary health-care centres in Europe: a Markov model analysis. *Lancet Global Health*, 5 (4), e439–e447. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30073-6)

Rodríguez, José y Albajar, Pere (2010). Chagas disease: a new worldwide challenge. *Nature*, 465, S6-S7.

Ruiz, José (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Universidad de Deusto.

Said, Edward (2003). *Orientalismo*. Barcelona, España: De Bolsillo.

Sanmartino, Mariana(2009). "Tener Chagas" en contexto urbano: concepciones de varones residentes en la región de la Plata (Argentina). *Revista Biomedica*, 20, 216-227.

Sanmartino, Mariana, Amieva, Carolina, y Medone, Paula (2018). Representaciones sociales sobre la problemática de Chagas en un servicio de salud comunitaria del Gran La Plata, Buenos Aires, Argentina. *Global health promotion*, 25(3), 102–110. doi: <https://doi.org/10.1177/1757975916677189>

Sanmartino, Mariana, Avaria, Andrea, de la Torre, Leonardo (2020). A Social Approach to Chagas Disease: A First Step to Improve Access to Comprehensive Care. En Pinazo María Jesús y Gascón Joaquim (Eds.), *Chagas Disease* (pp.54-74). Suiza: Springer, Cham

Sanmartino, Mariana, Forsyth, Colin; Avaria, Andrea; Velarde, Mar. Gómez I Prat, Jordi y Albajar, Pedro (2022). The multidimensional comprehension of Chagas disease. Contributions, approaches, challenges and opportunities from and beyond the Information, Education and Communication field. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 117. doi: <https://doi.org/10.1590/0074-02760200460>

Schmunis, Gabriel (2007). Epidemiology of Chagas disease in non-endemic countries: the role of international migration. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 102, 75–85. doi: <https://doi.org/10.1590/s0074-02762007005000093>

Schmunis, Gabriel y Yadon, Zaida (2010). Chagas disease: a Latin American health problem becoming a world health problem. *Acta Tropica*, 115(1-2), 14–21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2009.11.003>

Stefoni, Carolina, Cabieses, Báltica y Blukacz, Alice (2021). Migraciones y COVID-19: Cuando el discurso securitista amenaza el derecho a la salud. *Simbiótica*, 8(2), 38–66. doi:<https://doi.org/10.47456/simbitica.v8i2.36378>

Seguel, Felipe, Morgado, Luis y Cruz, Pía (2021). Perfil epidemiológico de la enfermedad de Chagas en la comuna de Paihuano. *Revista Médica del Maule*, 36(1): 32-38.

Shikanai, María Aparecida, Goncalves, Camila, Barbosa, Noemia, Maya, Magda, Quiroga, Rosario, Moreira, Ruth, Regina, Célia, Luna, Exedito, Silva, Rubens, Hage, Marcia, Medeji, Caroline, Delatorre, Felipe, Teixeira, Vera, Valerio, Dalva, Martinelli, Luzia, Almeida, Sonia, Albajar, Pedro y Carneiro, Nivaldo (2017). Interdisciplinary approach at the primary healthcare level for Bolivian immigrants with Chagas disease in the city of São Paulo. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 11(3). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005466>

Silveira; Cássio ; Martin, Denise ; Goldberg Alejandro. (2019). La vida confeccionada entre retazos de tela. Trabajo, vivienda y salud en inmigrantes bolivianos de la ciudad de São Paulo. *Trabajo y sociedad*, 32, 431-449

Soares, Alice, Martinez, Martha, Paim, Diego, De Cássia, Rita, Galvão Mitermayer (2021). Healthcare Workers' Knowledge about Chagas Disease: A Systematic Review. *The American Journal of Tropical Medicine Hygiene*, 104(5), 1631-1638. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1199>

Soriano, Antoni, Angheben, Andrea, Serre Nuria, Treviño, Begoña, Gómez I Prat, Jordi y Jackson, Yves (2016). Control and management of congenital Chagas disease in Europe and other non-endemic countries: current policies and practices. *Tropical Medicine and International Health*, 21(5), 590-596. doi: <https://doi.org/10.1111/tmi.12687>

Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2002). Bases de la investigación cualitativa. *Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquía.

Tajfel, Henri (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona, España: Herder.

Tamayo, Laura, Guhl, Felipe, Vallejo, Gustavo y Ramírez, Juan (2018). The effect of temperature increase on the development of *Rhodnius prolixus* and the course of *Trypanosoma cruzi* metacyclogenesis. *PLoS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 12(8). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006735>

Tapia, Valentina, Figueroa, Daniela, Maldonado, Ana, Frías, Daniel, Gonzalez, Christian, Parra, Alonso, Canals, Lucia, Apt, Werner, Alvarado, Sergio, Cáceres, Dante y Canals, Mauricio (2018). Assessing the risk zones of Chagas' disease in Chile, in a world marked by global climatic change. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, 113(1), 24–29. doi: <https://doi.org/10.1590/0074-02760170172>

Thayer Correa, Luis Eduardo y Tijoux Merino, María Emilia (2022). Trayectorias del sujeto migrante en Chile. Elementos para un análisis del racismo y el estatus precario. *Papers*, 107 (2), e2998. doi: <https://doi.org/10.5565/rev/papers.299>

Taylor, Stephen y Bogdan, Robert (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. España: Paidós.

Tineo, Evelyn y Ponte, Carmen (2013). Representaciones Sociales de la enfermedad de Chagas: dimensiones y estructura Social. *Revista de Investigación*, 37(78), 145-165.

Uchôa Elizabeth, Firmo, Josélia, Días, Elizabeth, Pereira, María Stella y Gontijo, Eliane (2002). Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cadernos Saúde Pública*, 18(1), 71-79. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100008>

Valdez Tah Alba R. (2021). Making Sense of Chagas Disease among Mexican Immigrants in California. *Medical anthropology*, 40(6), 511–524. doi: <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1894560>

Valdez, Alba, Huicoche, Laura, Ortega, Judith, Nazar, Austreberta y Ramsey, Janine (2015). Social Representations and Practices Towards Triatomines and Chagas Disease in Calakmul, México. *PloS one*, 10(7). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132830>

Valles, Miguel (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Síntesis.

Van Der Laat, Carlos (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. En Cabieses, Báltica, Bernales, Margarita, McIntyre, Ana María (Eds.) *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile* (pp. 29-38), Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo.

Ventura, Laia (2022). "Tú me dirás: yo, ¿de cuáles soy?": la práctica clínica del Chagas como riesgo latente. *Ciencia Saúde Coletiva*, 27(3), 871-879.

Sendo "Doutor" no exterior: brasileiros estudando Medicina na Argentina

Ser "doctor" en el extranjero: brasileños estudiando Medicina en Argentina

João Alfredo Xavier de Freitas¹
Wilson Mesquita de Almeida²

RESUMO

O artigo apresenta os achados de uma investigação que analisou o crescimento da ida de brasileiros para a Argentina com o intuito de cursar Medicina. Buscamos entender as motivações dos estudantes a partir dos condicionantes estruturais e conjunturais da sociedade brasileira e de suas perspectivas pessoais. Para tal, foi feito um questionário, respondido por 108 estudantes. Identificamos que os estratos das classes médias e baixas deixam o país em virtude da persistente dificuldade de acessar o curso, apesar das expansões educacionais ocorridas nas últimas décadas. Estes alunos apoiam-se, sobretudo, em práticas virtuais que facilitam a circulação de informações entre eles. Concluímos que se trata de uma fuga para o exterior.

Palavras-chave: Migração estudantil. Ensino Superior. Medicina. Redes Sociais. Internet.

RESUMEN

El artículo presenta los resultados de una investigación que analizó el crecimiento del desplazamiento de brasileños que van a Argentina a estudiar Medicina. Intentamos comprender las motivaciones de los estudiantes a partir de las condiciones estructurales y coyunturales de la sociedad brasileña

¹ Mestrando da Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de São Paulo. E-mail: joaoalfredo.xavier@yahoo.com

Red académica: <https://orcid.org/0000-0003-0942-0645>

² Professor do Centro de Engenharia, Modelagem e Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do ABC. E-mail: wilmesq@gmail.com

Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-9727-9786>

y de sus perspectivas personales. Para ello, se elaboró un cuestionario que respondieron 108 estudiantes. Identificamos que los estratos de las clases media y baja abandonan el país debido a la persistente dificultad de acceso al curso, a pesar de las expansiones educacionales ocurridas en las últimas décadas. Estos estudiantes se apoyan, sobre todo, en prácticas virtuales que facilitan la circulación de información entre ellos. Concluimos que se trata de una “fuga al extranjero”.

Palabras clave: Migración estudiantil. Educación Superior. Medicina. Redes sociales. Internet.

INTRODUÇÃO

A temática das migrações estudantis internacionais ainda é pouco explorada na literatura acadêmica. Segundo dados da Organização Internacional para as Migrações, apenas 2,1% dos trabalhos revisados por pares da área tratam sobre esse tema. Quando consideramos as migrações entre países do sul global, apenas 9,6% dos trabalhos sobre migrações internacionais discutem migrações sul-sul (OIM, 2020, p. 226). Uma justificativa plausível para números tão baixos é a falta de sistematização dos dados por parte dos governos e das universidades, desafio enfrentado nesta pesquisa.

O número de estudantes de graduação na Argentina oriundos do Brasil cresceu 135% no período de 2015-2019, tornando o Brasil o país estrangeiro com mais matriculados, como podemos ver na Tabela 1:

Tabela 1. Estudantes estrangeiros de graduação na Argentina

Ano	Peru	Brasil	Bolívia	Paraguai
2015	10325	7246	5947	5645
2016	11514	8085	6218	6517
2017	12395	11237	6632	6994
2018	13063	14495	7657	8128
2019	14645	16767	8720	9103

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados disponibilizados pela Secretaria de Políticas Universitárias (2020).

Isso fez com que o Brasil superasse em número de estudantes países com presença tradicional de imigrantes na Argentina como é o caso da Bolívia, Paraguai e Peru, os quais contavam, respectivamente, com 690 mil, 426 mil e 198 mil residentes no país, enquanto o Brasil somava 49 mil no ano de 2019 (Datosmacro, 2019). Temos, portanto, uma proporção muito maior de migrantes brasileiros no ensino superior argentino, isso porque os imigrantes dos demais países na tabela já têm um histórico de migração para a Argentina, comumente em busca de melhores condições de vida; algo que não é observado nos brasileiros que, inclusive, durante todo o século XX, tiveram presença decrescente no país vizinho (Gallero, 2016). Neste ponto, já temos o primeiro indício de que se trata de uma migração motivada por razões estudantis, mas não para qualquer curso: no ano de 2016, a Argentina contava com 59 mil alunos de Medicina, dos quais cerca de 12 mil eram estrangeiros e 6.721 eram brasileiros, ou seja, 75% dos estudantes brasileiros no país naquele ano. A título de comparação, apenas 13,7% dos peruanos no ensino superior cursavam Medicina, à época a nacionalidade estrangeira mais representativa na graduação. Isso corrobora com a ideia que começou a ser desenvolvida acima: os peruanos elegem viver na Argentina por acreditarem ser um país com melhores oportunidades de vida, e, nesse processo, também entram nas universidades do país, o que não pode ser inferido no caso brasileiro. Portanto, dentro da pequena comunidade brasileira na Argentina, há uma proporção cada vez maior de brasileiros no ensino superior, especificamente no curso de Medicina, o que nos leva a considerar esse o eixo motivador desse processo migratório: a busca pelo diploma de Medicina, motivada pela impossibilidade de acessar o curso no Brasil.

Ainda que os dados sobre esse processo sejam escassos, temos várias indicações que ele está em franca ascensão, com destaque para a Universidade Nacional de Rosario (de agora em diante denominada UNR): em 2012, havia 270 estudantes brasileiros na área de saúde³, em 2019, subiu para 3.029. Em relação aos ingressantes, temos 138 para o ano de 2013⁴, um pico de 472 em 2017 e 245 em 2019. Em alguns anos, o número de ingressantes brasileiros superou o número de ingressantes argentinos de todas as províncias, salvo a de Santa Fé, onde está localizada a UNR (UNR, 2023). A Universidade Nacional de La Plata (UNLP), por sua vez, que contava com 11 estudantes brasileiros de Medicina em 2015, em 2018 já tinha 566 (Carmo, 2018). Os estudantes são atraídos pelo sistema de seleção praticado na Argentina, onde as universidades comumente não aplicam vestibulares e não impõem limites de vagas disponíveis. Isso se aplica, inclusive, para estudantes estrangeiros.

³ Corresponde a 16 cursos. A partir de 2017 passou a ser levado em conta apenas a Faculdade de Ciências Médicas, que conta com 3 cursos. Os brasileiros estão quase em sua totalidade no curso de Medicina.

⁴ Até 2017 dado exato de brasileiros ingressantes em Medicina. A partir de 2018 o dado passa a ser referente a Faculdade de Ciências Médicas. No entanto, em 2016, por exemplo, todos os 313 ingressantes brasileiros da Faculdade de Ciências Médicas escolheram Medicina.

O crescimento repentino de estudantes brasileiros suscitou medidas de contenção nas universidades argentinas, principalmente por meio da obrigatoriedade do exame de proficiência em espanhol com resultado em nível B2⁵ para os ingressantes não falantes de espanhol na Universidade de Buenos Aires (de agora em diante denominada UBA) e UNR em 2017. Em ambos os casos, a medida, além de uma restrição ao ingresso de brasileiros, também é uma forma de gerar divisas para as universidades, pois elas oferecem cursos preparatórios e os testes em suas dependências. Seus defensores, criticam os brasileiros por não falarem o idioma e por formarem grupos apenas entre si, o que dificulta a aprendizagem da língua (Angelucci e Pozzo, 2020; Brown, 2020). Já na Universidade Nacional de La Matanza (UNLAM), quem não apresentar tal certificado pode optar por fazer o “Curso de Língua Castelhana e Literatura Hispanoamericana” com duração de 10 semanas e carga horária de 8 horas semanais, no valor de 60 mil pesos argentinos, cerca de 2.700 reais (UNLAM, 2018; Vazquez, 2019).

Este tema adquire maior relevância quando consideramos as implicações para o sistema de saúde brasileiro. Isso porque vemos, incluindo os estudantes que vão para a Bolívia e Paraguai, um grande volume de médicos formados no exterior embasados em uma diretriz curricular distinta da brasileira, podendo levar a desafios de integração e funcionalidade no sistema de saúde brasileiro⁶.

METODOLOGIA

Um dos principais pressupostos da pesquisa era a importância da Internet neste fenômeno. Na impossibilidade de encontros *in loco* com os estudantes, em virtude da pandemia do covid-19, pensamos em usar a própria Internet como meio para a pesquisa. Partimos de um questionário construído no Google Forms, com 60 perguntas, abertas e fechadas, no qual o estudante respondeu perguntas sobre características socioeconômicas e motivações específicas para migrar, com o objetivo de apreender os condicionantes estruturais e pessoais que influenciam esse fenômeno migratório. De início, foi constatada a presença de inúmeros grupos, cada um com milhares de pessoas, com a temática de brasileiros estudantes de Medicina na rede social Facebook. Ao averiguar a bibliografia, vimos a possibilidade de usar as redes sociais virtuais como base para a coleta de dados. Em alguns trabalhos, pesquisadores utilizaram a técnica bola de neve na plataforma (Bhutta, 2012; Costa, 2018; Kosinski, Matz, Gosling, Popov e Stillwell, 2015). A descrição básica da técnica é:

⁵ Baseado no Quadro Comum de Referência para Línguas, elaborado pela União Europeia. No nível B2 o estudante é capaz de ler e entender textos acadêmicos, além de conseguir se comunicar com relativo grau de espontaneidade.

⁶ Não foi o caso dos médicos cubanos. A despeito da opinião dos seus pares formados no Brasil, a população avaliou sua atuação positivamente no âmbito do Programa Mais Médicos (Kemper, Mendonça e Sousa, 2016).

Inicialmente, o pesquisador especifica as características que os membros da amostra deverão ter, depois identifica uma pessoa ou um grupo de pessoas congruentes aos dados necessários, na sequência, apresenta a proposta do estudo e, após obter/registrar tais dados, solicita que o(s) participante(s) da pesquisa indique(m) outra(s) pessoa(s) pertencente(s) à mesma população-alvo (Costa, 2018, p. 19).

As pesquisas citadas reforçaram o caráter viral da circulação de informações nos ambientes virtuais como uma das virtudes da utilização como um facilitador do uso dessa técnica. Dado o público-alvo da pesquisa, essa técnica foi adotada. Seguindo o que já foi realizado em outras investigações em ambientes virtuais (Costa, 2018), o questionário foi apresentado em grupos do Facebook, com uma legenda explicando a pesquisa e solicitando que o seu link fosse compartilhado com outros estudantes. A principal via para encontrar um grupo específico no Facebook é a pesquisa por palavras-chave no buscador da plataforma. Ou seja, pessoas de diferentes origens e sem ligação prévia são agrupadas em torno de um interesse em comum.

Pesquisamos grupos de estudantes de Medicina na Argentina. Com o intuito de obter um resultado plural, buscamos estudantes nas diferentes universidades argentinas. Após o ingresso no grupo, realizamos um post no mural do grupo, convidando os interessados a responderem o questionário.

Dentro do grupo, também descobrimos outras formas de divulgar a pesquisa: um curso de reforço privado, que tem como público-alvo os estudantes brasileiros de Medicina, gentilmente aceitou divulgar nosso questionário para os seus alunos. Descobrimos outra forma de agrupamento dos estudantes: os grupos de Whatsapp, que frequentemente eram divulgados no Facebook e que também foram utilizados para divulgar a pesquisa. Já os contatos bilaterais através do chat do Facebook se mostraram ineficazes. Cabe ressaltar que uma das limitações dessa estratégia é a existência de pessoas que não utilizam as redes sociais virtuais ou mesmo sem acesso à internet. É importante ressaltar que trata-se de uma abordagem qualitativa e a técnica bola de neve é de tipo não probabilístico e não permite generalizações.

Ao fim e ao cabo, após a eliminação das respostas inconsistentes, obtivemos 108 respostas. Dessas, 74 correspondem a indivíduos do sexo feminino e 89 são estudantes de até trinta anos de idade. A maior parte dos estudantes mora na província de Buenos Aires (64), seguida de Santa Fé (36), Corrientes (5), La Rioja (2) e Rio Negro (1). Já os respondentes por universidade estão distribuídos da seguinte forma: Universidade de Buenos Aires (41); Universidade Nacional de Rosario (36); Fundação Barceló (19); Universidade Nacional de La Plata (8); Universidade Abierta Interamericana (4); Universidade Nacional de Mar del Plata (3) e Universidade Nacional del Comahue (1). Os dados foram sistematizados e interpretados.

A FUGA

Certamente um dos primeiros elementos que nos vem à mente quando pensamos neste processo migratório é a altíssima concorrência do curso de Medicina na rede pública e o seu custo da mensalidade na rede privada no Brasil. Além disso, o sistema argentino possui formas de ingresso mais democráticas que o brasileiro, principalmente pela ausência de vestibular e oferta de vagas concentradas na rede pública, que é gratuita. A Tabela 2 ilustra a oferta do curso no Brasil:

Tabela 2. Vagas do curso de Medicina no Brasil

	Pública	Privada	Total
Número de instituição que oferecem o curso	99 (35,3%)	181 (64,6%)	280
Número de cursos	138 (40,7%)	201 (59,3%)	339
Matrículas	61.998 (33%)	125.712 (67%)	187.710
Vagas oferecidas (novas)	11.502 (29,1%)	28.009 (70,9%)	39.511
Candidatos inscritos	754.952 (72,7%)	283.205 (27,3%)	1.038.157
Candidato/vaga	65,6	10,1	26,3

Fonte: elaborado pelo autor a partir da Sinopse do Ensino Superior (INEP, 2019).

A junção de uma oferta concentrada no ensino privado e as altas mensalidades do curso, hoje na casa dos oito mil reais em média (Escolas Médicas do Brasil, 2021), fazem com que o curso seja o mais elitizado no Brasil, seja qual for a métrica. Segundo os microdados do Enade (INEP, 2019a), apenas 19% dos estudantes de Medicina do país cursaram o ensino médio integralmente em escola pública e 35% dos estudantes têm renda familiar superior a 10 salários mínimos, frente às porcentagens gerais de outros cursos, respectivamente 56% e 9%. Nesse ponto, no decorrer da pesquisa, problematizamos: o perfil socioeconômico do estudante de Medicina foi alterado nas últimas décadas com as políticas estatais de incentivo para o ensino superior? A resposta seria não muito, pois foi o curso que teve seu corpo estudantil menos alterado.

Podemos dividir essas políticas em dois grandes momentos. O primeiro foi a reforma universitária de 1968, que abriu o caminho para o ensino superior privado lucrativo no país, sendo a classe média privilegiada neste período (Almeida, 2014). No segundo período, as classes mais baixas foram beneficiadas, a partir dos anos 2000, sobretudo com o estímulo da oferta privada, por meio de políticas de ação afirmativa como o Fundo

de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES)⁷ e o Programa Universidade para Todos (PROUNI)⁸. Houve também movimentos políticos para o fortalecimento do ensino superior público no país, com a expansão de universidades e a criação da Lei de Cotas em 2012 instituindo a reserva de 50% das vagas do ensino federal para estudantes oriundos de escola pública e reservando vagas específicas para estudantes pretos, pardos e indígenas. Essas políticas foram capazes de alterar o perfil do estudante de ensino superior no país, apesar dos desafios ainda persistentes (Almeida, 2020; Neves e Martins, 2016).

Um deles, sem dúvida, é o caso do acesso ao curso de Medicina que, em grande parte, manteve suas características socioeconômicas nas últimas décadas. Em sua pesquisa sobre estratificação do ensino superior, Rodrigues (2020) analisou as probabilidades de ingresso antes e depois da Lei de Cotas de acordo com as origens sociais dos candidatos. No curso de Medicina, há uma ínfima redução de desigualdade relacionada à renda e escolaridade dos pais; já no critério racial, a desigualdade na chance de ingresso entre um estudante branco e preto aumentou. Sobre a expansão do curso, em que pese iniciativas para a sua interiorização, a maioria das vagas continuam concentradas nos grandes centros urbanos do país, sobretudo no eixo Sudeste-Sul (Santos Jr et al., 2021). Já sobre as novas vagas criadas entre 2011-2020, 84% são no setor privado (Scheffer, 2020). A dificuldade de entrar no curso é um dos motores desse fenômeno migratório, como podemos ver no depoimento de um estudante⁹ de Medicina na Argentina oriundo do estado de Santa Catarina:

... o principal motivo que muitos brasileiros vão para Argentina é o fato de o número de vagas/ano na universidade pública ser muito reduzido e as faculdades particulares além de ter [sic!] o número reduzido, são muito caras. Na minha época no meu estado, que é Santa Catarina, só tinha uma universidade pública que só tem ingresso anual e para as privadas tinha um sistema único que era semestral que você só podia escolher uma das faculdades de todo o estado, então reduzia muito as possibilidades de conseguir entrar em uma faculdade em 1 ano. Muitos dos meus colegas levaram anos em [sic!] conseguir conquistar a sua vaga, seja pública ou particular. O que dificulta muito quem tem o sonho de estudar essa área no Brasil. Na Argentina tem muitas oportunidades, tanto nas faculdades privadas como públicas. No Brasil em vez de aumentar o número de faculdades, querem diminuir. Cada vez dificultam mais (Nestor, resposta de questionário, outubro de 2021).

⁷ FIES, Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, é um programa do governo federal criado em 1999 e promove o financiamento dos estudos universitários em instituições privadas aos estudantes com renda familiar per capita de até 3 salários mínimos. Por se tratar de um empréstimo, os estudantes devem pagá-lo após o fim da graduação.

⁸ PROUNI, Programa Universidade para Todos, é um programa do governo federal instituído em 2005, que tem como objetivo conceder bolsas de estudo de 50% a 100% para estudantes com renda familiar per capita de até 3 salários mínimos em instituições privadas.

⁹ Durante todo o artigo foram adotados nomes fictícios.

Na fala do estudante, para além das dificuldades concretas de acesso, aparece um aspecto central e delicado do curso no Brasil: o fechamento da criação de novas vagas e faculdades de Medicina por cinco anos, a contar a partir de 2018, decretada pelo Ministério da Educação (MEC) com forte apoio da comunidade médica (Ministério da Educação, 2018). A principal justificativa da medida, dada pelas entidades profissionais médicas, é uma suposta expansão desordenada do curso no país, que acarretaria preocupações em relação à qualidade da prática médica no futuro. Não obstante, essa suspensão ocorre concomitante a outro processo histórico envolvendo o ensino superior no país: a expansão da educação básica ocorrida nas últimas décadas, a qual aumenta o número de alunos elegíveis para cursar o ensino superior e beneficia, principalmente as camadas sociais mais vulneráveis (Neto e Lopo, 2014). No momento em que há mais pessoas com as credenciais escolares para entrar no curso, sobretudo aquelas que, historicamente, têm dificuldade de acessá-lo, ocorre esse movimento de fechamento de novas vagas. Com efeito, o fechamento do curso por cinco anos não foi um movimento inédito para restringir o acesso ao curso no país. A partir de 2006, o MEC, no momento de reconhecimento ou renovação de um curso de Medicina, passa legalmente a ter necessidade de passar sua decisão pelas considerações do CFM (Vargas, 2010).

Essa problemática, entendida por nós como disputas em prol de assumir papéis regulatórios legais, que, em primeira instância, visam a regulação da profissão, acaba por repercutir na disponibilidade das vagas do ensino superior brasileiro. Essa intersecção com a educação nos permite fazer um paralelo com a discussão weberiana dos estamentos (Weber, 1982). Os grupos de status são baseados no monopólio de uma determinada honraria - que será usada como uma forma de regulação para o ingresso nele - no nosso caso, o diploma de medicina. Por conseguinte, interessará para o estamento a capacidade de interferir na ordem social e, como vimos, uma das estratégias utilizadas pelos médicos (entendidos a partir de agora como um grupo profissional), foi assumir postos legítimos dentro da ordem jurídica societal, usando-a para controlar o acesso ao grupo, através do ensino superior. Na contemporaneidade vemos isso com bastante frequência nos grupos profissionais. Por que alguns tem mais poder que outros? Essa é uma das perguntas que a sociologia das profissões weberiana¹⁰ tentará responder. Na visão de Freidson (1996), para que uma profissão consiga intervir de forma legítima e efetiva na ordem social é necessário que ela apresente um compromisso com valores que sejam apelativos por si só, como é o caso da Medicina, pois ela trata da saúde e tem capacidade de salvar vidas. O caso da medicina é tão emblemático na literatura a ponto de ela constituir o tipo ideal de profissão, um modelo a ser usado pelas demais. Voltando a Max Weber, a estratificação estamental vai na direção inversa à lógica da ordem econômica, a saber, o livre mercado. No nosso caso, além de ter sido contrária ao livre mercado¹¹, ela mostrou-se contrária à livre expansão do

¹⁰ Para outras abordagens teóricas das profissões ver: Barbosa, 1993.

¹¹ Para ver o (penoso) processo pelo qual os médicos conquistaram o monopólio da arte de curar no país: Coelho, 1999.

curso, inclusive das ações afirmativas¹². Nesse sentido, a Medicina no Brasil certamente deve seu prestígio social, para além da natureza própria do seu trabalho, à sua exclusividade, exemplificada na extraordinária seletividade para acessar o curso no país já vista aqui, algo que é ameaçado pela ampliação e democratização do acesso. A solução encontrada, regular e, no limite, suspender a criação de novas vagas por cinco anos, pode ser enquadrada dentro do conceito weberiano de fechamento social (Vargas, 2010). Em linhas gerais, a leitura da obra de Weber pressupõe que o fechamento diz respeito a coletividades que buscam maximizar seus ganhos econômicos e sociais através da restrição de oportunidades a grupos específicos (Parkin, 1979), movimento que os médicos lograram através de um passo em direção ao Estado para regular o acesso aos diplomas.

Explicitado o atual estado da oferta do ensino médico brasileiro, como ele se dá na Argentina? O país vizinho não aplica, em algumas universidades¹³, o vestibular seletivo que ocorre no Brasil. Os critérios variam de acordo com a instituição, mas, geralmente, as principais universidades desejadas pelos brasileiros (como a Universidade de Buenos Aires, que conta com mais de 350 mil estudantes), não aplicam exame seletivo, ainda que estabeleçam, como regra, a passagem de todos ingressantes, independentemente da nacionalidade, por um curso básico de ingresso, onde não há padrão entre elas em relação às disciplinas ofertadas e algumas estabelecem notas mínimas para prosseguir para o curso de Medicina (Mollis, 2007). De fato, praticamente a integralidade dos estudantes da nossa pesquisa consideraram esse aspecto fundamental: 89% dizem que o fato da universidade argentina não aplicar vestibular foi importante nas suas decisões. Sobre isso, estudantes oriundos de Pernambuco e Minas Gerais, respectivamente, ressaltaram em suas respostas:

... quando eu contei para minha família que queria vir pra Argentina, eu falei que pelo ENEM eu tinha sido chamado para estudar Medicina na Argentina, porque se não eles não iriam permitir, eles jamais entenderiam que se pode estudar Medicina de graça e sem um exame prévio tipo ENEM para ingressar (Enzo, resposta de questionário, outubro de 2021).

... pela Argentina ter faculdade pública também foi um ponto importante para a minha escolha, mas o ponto mais forte foi saber que lá não tem vestibular, foi nesse momento que eu tive certeza de que queria estudar Medicina na Argentina. Então eu não gastei o meu tempo estudando em vestibulares para passar em Medicina. Me preparei estudando Espanhol 5 anos antes de ir, quando eu estava cursando o primeiro ano do ensino médio, porque eu queria dominar o idioma (Guadalupe, resposta de questionário, outubro de 2021).

¹² Na ocasião do debate sobre adoção das cotas raciais na Faculdade de Medicina da UFRJ, o seu diretor expressou seu ceticismo com a política, pois através dela entrariam alunos que não poderiam dedicar-se exclusivamente ao curso, inclusive sendo chamado de uma “discriminação a mais”, repercutido pelo CFM posteriormente. Ver: CFM, 2004.

¹³ No país cada universidade tem autonomia para estabelecer seu próprio regime de ingresso, e, no caso de instituições com mais de 50 mil alunos, cada faculdade (Mollis, 2007, pp. 71–72).

Legalmente, para os estrangeiros, a Lei de Migrações Nº 25.871 de 2004 garante o direito ao ensino superior gratuito, em igualdade de oportunidade com os nacionais, independentemente da sua situação migratória (CONICET, 2021).

Duas considerações sobre o sistema argentino também são essenciais para demarcar a relevância de ser um destino desejado pelos brasileiros: sua qualidade e a procura dos estudantes brasileiros pelas universidades privadas. Sobre a qualidade, trata-se opinião praticamente unânime dos estudantes: 98,15% declararam ter sido um aspecto importante. Não somente na escolha por migrar, mas também a opção por migrar para a Argentina. Isso, porque, também, há fluxos de estudantes brasileiros para Bolívia e Paraguai. Nesse sentido, a qualidade do ensino argentino foi determinante, além da imagem positiva do país, posto que apenas 6,48% dos estudantes declararam ter uma imagem negativa da Argentina antes da mudança. Como relata um aluno da UNR:

... eu pensei em ir para a Bolívia, não fui para lá porque achei que as faculdades de lá eram muito pouco conceituadas. É que não seria um bom país pra se viver. Já a Argentina tem uma boa faculdade e uma cidade muito boa pra viver. Em termos gerais, foi porque tinha uma imagem muito boa da Argentina e muito ruim da Bolívia (Raimundo, resposta de questionário, outubro de 2021).

Para aqueles alunos que podem pagar, existe também a possibilidade de ingressar em uma universidade privada, que, além de não aplicar os cursos de ingresso das públicas, também têm um sistema de ensino similar ao brasileiro e salas com número reduzido de alunos. Características como essas incentivam brasileiros com condições financeiras mais estáveis a ingressarem no ensino privado, mais precisamente 21,29% dos que participaram na pesquisa. Especialmente no caso das públicas, a facilidade no ingresso não é repetida na conclusão. Além de questões familiares, os estudantes relataram que as universidades argentinas são bastante exigentes, e, no caso de algumas públicas, há um sistema de ensino estranho à maioria dos brasileiros, como podemos visualizar no relato desta aluna da UNR:

... muitas pessoas que vem para cá acabam desenvolvendo distúrbios psiquiátricos como ansiedade e depressão devido à somatória de fatores como estar longe da família e amigos e o sistema de ensino da UNR Medicina (muito exigente). A maioria passa muito mais de 6 anos para conseguir se formar. Também há outros muitos que abandonam e voltam para o Brasil. No primeiro ano são 8.000 alunos e no último 100 (Cyndi, resposta de questionário, outubro de 2021).

As turmas cheias, especialmente nas universidades públicas, em decorrência da não limitação do número de vagas, é motivo de queixas para alguns estudantes, que relatam haver uma relação professor-aluno distante, dado

que algumas salas superam 200 alunos. Algumas universidades, como a UNR, também adotam o método PBL (Problem Based Learning), modelo que pauta o ensino sem aulas teóricas como conhecemos no Brasil e, sim, na resolução ativa de problemas pelos alunos, algo que pode ser complicado para estudantes recém-chegados e que ainda não dominam a língua.

Nesse sentido, as privadas apresentam um ambiente mais próximo ao brasileiro, por terem salas menos lotadas e aplicarem método de ensino conhecido pelos brasileiros. As mensalidades variam entre mil e dois mil e quinhentos reais no ano de 2021. Logo, mesmo morando e estudando em uma universidade privada na Argentina, ainda se gasta menos dinheiro em relação ao custo de uma instituição privada no Brasil, como vemos na declaração desta estudante da UNR:

... escolhi a Argentina porque aqui é gratuito e mesmo que eu pagasse para estudar e com mais todos os gastos daqui ainda não seria o valor que cobram em uma mensalidade de uma faculdade privada de Medicina no Brasil (Kelly, resposta de questionário, outubro de 2021).

Entre as privadas, a Fundação Barceló¹⁴ foi a instituição mais mencionada no questionário, sendo a instituição de ensino de 17,59% dos estudantes que participaram da nossa pesquisa, conforme a tabela 3:

Tabela 3. Distribuição dos alunos nas universidades

Instituição de ensino	N	%
Universidade de Buenos Aires (UBA)	41	37,96%
Universidade Nacional de Rosário (UNR)	32	29,63%
Fundação Barceló (BARCELÓ)	19	17,59%
Universidade Nacional de La Plata (UNLP)	8	2,78%
Universidade Abierta Interamericana (UAI)	4	7,41%
Universidade Nacional de Mar del Plata (UNMDP)	3	3,70%
Universidade Nacional del Comahue (UNCOMA)	1	0,93%
Total	108	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados coletados na pesquisa

¹⁴ Esta instituição oferta o curso de Medicina em três províncias argentinas: Buenos Aires, Corrientes e La Rioja. Dos 19 estudantes desta universidade que participaram da pesquisa, 13 estudam na cidade de Buenos Aires, 4 em São Tomé (Corrientes) e 2 em La Rioja.

Com efeito, o ensino superior argentino atrai a fração das classes médias (principalmente) e baixas que em outros cursos, provavelmente, seriam beneficiadas pelos processos supracitados de expansão educacional ocorridos no Brasil. No nosso universo de pesquisa, 49% dos estudantes são oriundos da escola pública e pouco mais de 16% têm renda familiar total superior a 10 salários mínimos, números mais próximos da média geral do ensino superior brasileiro. Por outro lado, no caso da raça, temos uma distribuição idêntica à brasileira: 65,74% dos estudantes brasileiros de Medicina na Argentina que responderam ao questionário são brancos, enquanto os dados gerais no Brasil apontam 67% (INEP, 2019a). O estudante brasileiro na Argentina também parece ter um perfil abastado no que diz respeito à escolaridade dos pais, variável importante nas chances dos estudantes em ingressar no ensino superior (Carvalhoes e Ribeiro, 2019; Rodrigues, 2020).

Assim, 82% das mães e 75% dos pais dos estudantes brasileiros de Medicina na Argentina completaram ao menos o ensino médio, números inferiores aos estudantes de Medicina no Brasil, 92% e 86%, mas, bastante superiores ao perfil geral do brasileiro na graduação: 63% e 55% (INEP, 2019a). Um olhar mais aprofundado nas suas características econômicas, permite-nos mais uma consideração: em sua maioria, são alunos que não poderiam usufruir do PROUNI, principal programa social de bolsas em instituições privadas, que tem como requisito renda familiar de até 1,5 salários mínimos para bolsa integral e até 3 salários mínimos para 50%. Ao analisarmos a renda familiar dos pesquisados apenas 23,15% seriam elegíveis para o PROUNI. Temos, portanto, estudantes que não possuem condições de arcar com as mensalidades das universidades privadas brasileiras, já que 96% deles declararam que o seu valor foi um aspecto importante em sua decisão, mas que têm renda familiar média superior à faixa atendida pelos programas de incentivo ao acesso no ensino superior privado, posto que 76,8% tem renda familiar superior a 3 salários mínimos.

O trabalho de Waldir Quadros (2019) sobre a situação econômica das classes sociais brasileiras ajuda-nos a aprofundar a análise desse fenômeno. O autor mostra a estagnação da ascensão social da classe média devida à desindustrialização brasileira a partir dos anos 80, impactando no tipo de empregos atrelados à inovação tecnológica, os quais propiciavam vencimentos progressivamente maiores. Tais ofícios estão relacionados, cada vez mais, a vendas e internet. Essa mudança impede a o crescimento de indivíduos nessa faixa de renda. Ao comparar as ocupações dos membros da classe média alta¹⁵, no período 1981-2018, o autor identifica que o ofício de engenheiro, que era a quarta profissão mais comum em 1981, não consta mais entre as dez profissões mais frequentes em 2018, enquanto a profissão

¹⁵ O autor faz a seguinte divisão de padrões de vida segundo seus rendimentos econômicos: classe média alta (6,3% da população): 11.803 reais; média classe média (13,2%): 3.791 reais; pobres intermediários (40,4%): 1.697 reais; pobres (26,9%): 918 reais; miseráveis (13,1%): 313 reais. Dentro dessa perspectiva, o curso de Medicina em uma universidade privada brasileira não seria plenamente acessível nem para indivíduos da classe média alta.

de médico subiu do quinto para o segundo lugar no período. Aliado a isso existe ainda uma alta taxa de desemprego entre os trabalhadores pobres com ensino superior completo ou incompleto: 51,7%. Com efeito, o curso de Medicina, para além do tradicional prestígio, representa agora uma maneira de manutenção social, principalmente para membros dos estratos superiores das classes médias. Isso fica ainda mais claro ao compararmos a situação geral dos trabalhadores com ensino superior com a dos médicos: na Demografia Médica no Brasil (Scheffer, 2020), não há sequer uma ocorrência da palavra “desemprego” em suas 314 páginas, além de 93% dos egressos estarem exercendo a profissão e 81,5% recebendo mais que onze mil reais mensais. Se a profissão tem papel chave na expectativa salarial do indivíduo e considerando crise socioeconômica enfrentada no país atualmente, o curso de Medicina aparece como uma forma de evitar mobilidade social descendente.

Temos, portanto, uma fuga para o exterior: as frações das classes médias e baixas que desejam ingressar em Medicina, as quais poderiam ter sido beneficiadas pelas expansões do ensino superior brasileiro, tanto no setor público quanto no privado, não o foram: altíssima concorrência dificulta o ingresso e a mensalidades das privadas o inviabiliza¹⁶. Some a isso o fechamento de novas vagas do curso pelos próximos cinco anos, justamente no momento de expansão de elegíveis para cursá-lo e a crise econômica que o país atravessa, são fatores que aumentam a demanda e disputa pelo curso. Estaríamos enganados, porém, se considerássemos que a expansão do curso de Medicina não ocorreu. Ela só não ocorreu da mesma maneira que os demais cursos no Brasil e, além disso, a conquista da vaga foi feita no exterior, notadamente na Argentina, Bolívia e Paraguai. No relatório produzido pelo Ministério das Relações Exteriores, foi constatada a presença de 65 mil brasileiros estudando Medicina nesses 3 países em 2018, o que representa quase 3 em cada 10 do total de estudantes brasileiros de Medicina (Cambricoli, 2019). Além disso, temos em vista a possibilidade desse número estar subestimado, dada a dificuldade ou falta de interesse das universidades de manterem bases de dados a cerca da nacionalidade de seus estudantes. No caso argentino, por exemplo, o relatório computou nos números estudantes de quatro cidades, enquanto a nossa pesquisa identificou oito, sendo elas: Buenos Aires (48,15%), Rosário (33,33%), La Plata (7,41%), San Tomé (4,63%), Mar Del Plata (2,78%), La Rioja (1,85%), Cipolletti (0,93%) e Morón (0,93%).

¹⁶ Por isto a fuga que falamos neste artigo difere-se do já consagrado termo “fuga de cérebros”, geralmente associado a emigração de estudantes e profissionais de países em desenvolvimento em busca de melhores condições de emprego e renda.

MIGRAÇÕES CONTEMPORÂNEAS, REDES SOCIAIS E INTERNET

Ao analisar este processo migratório, julgamos que é fundamental levar em conta a emergência da internet na sociedade contemporânea. Levar em conta o papel dessas dimensões, possibilitou-nos melhor entender a migrações estudantis para o exterior com o intuito de cursar Medicina, em especificamente, na Argentina. Como vimos acima, a Argentina não é a única opção para os brasileiros que buscam cursar Medicina no exterior, também existem fluxos (mais antigos e consolidados) para a Bolívia e Paraguai. Varella (2013) estudou a migração dos brasileiros estudantes de Medicina para a Bolívia e, ao analisar os padrões descritos na literatura de migrações internacionais, fez as seguintes distinções:

Essa literatura me deixou ainda mais instigada pelo grupo de estudantes brasileiros na Bolívia por duas razões principais: seus motivos pareciam distantes daqueles que moviam os migrantes laborais e, mesmo quando se tratava de migrantes estudantis, a relação com o local de e com o que se buscava primordialmente era diferente. Em uma palavra, os estudantes brasileiros na Bolívia se diferem dos demais, pois tem seu processo migratório embasado por um projeto educacional, mas que, ao contrário do que vê na literatura sobre o fluxo estudantil, não está direcionado para uma localidade positivada. Por isso compreendi o movimento como um fluxo às avessas (Varella, 2013, p. 40).

De fato, trata-se de um fluxo estudantil internacional distante do esperado, que tem suas razões bem sintetizadas pela OCDE (2020, p. 227):

Estudar fora é uma oportunidade de acessar educação de qualidade, adquirir habilidades que talvez não sejam ensinadas no país natal e se aproximar de mercados de mercados que oferecerem recompensas maiores pela educação. Estudar fora também é visto como uma maneira de aumentar sua empregabilidade em um mercado cada vez mais globalizado. Outras motivações incluem o desejo por expandir conhecimentos de outras sociedades e melhorar habilidades com idiomas, principalmente o inglês (tradução nossa).

A partir disso que Varella (2013) definirá a ida de brasileiros para a Bolívia como um fluxo às avessas, por estar calcado em projeto educacional que não envolve a ideia de se qualificar no país de destino por acreditar que a Bolívia oferece melhores condições de vida ou de estudo. Tampouco havia naqueles estudantes o sonho boliviano, ou seja, sair do seu país de origem com o desejo de viver o sonho de uma vida melhor no exterior. Pelo contrário, o sonho está localizado na sociedade de origem, a saber, poder ser médico um dia no Brasil. Até por isso, a autora identificou sérias restrições dos brasileiros em relação

a Bolívia como país em si, principalmente nos momentos iniciais da migração. Essa definição foi acompanhada em Webber (2018) que estudou a ida de estudantes brasileiros para o Paraguai. Não há entre os estudantes brasileiros de Medicina o desejo de exercer a profissão nesses dois países. O que existe é o sentimento de estar em momento de vida passageiro, uma verdadeira provação, mas diferente daquela vista nos vestibulares brasileiros: trata-se de uma disputa consigo mesmo para alcançar o seu sonho (Webber, 2018). Essa disputa consigo mesmo está fortemente atrelada ao Revalida, exame que os formados em Medicina no exterior passam para poderem exercer a profissão no Brasil, processo considerado demasiadamente exigente pelos estudantes, posto que apenas 5,27% alcançaram a pontuação necessária para revalidar o diploma entre 2011-2017 (Moreno, 2019). Só assim o sonho estará verdadeiramente realizado. Com efeito, muitas das universidades procuradas por esses estudantes, que são privadas, investem forte nas estratégias de marketing para atrair público brasileiro, inclusive construindo um currículo focado no conteúdo do Revalida. Isso ocorre especialmente no Paraguai, onde as universidades buscadas pelos brasileiros estão em sua maioria em regiões de fronteira, com destaque para Ciudad del Este, Presidente Franco e Juan Pedro Caballero, locais nos quais os brasileiros podem encontrar universidades “para si”, com corpo discente composto por mais de 90% de brasileiros e serviços, como atendimentos telefônicos, em português (Silveira, Kukiél e Oliveira, 2019; Webber, 2018). Diferentemente do caso boliviano, onde o fluxo tem destino concentrado na cidade de Santa Cruz De La Sierra e Cochabamba, cidades distantes do Brasil.

Há um papel muito mais importante das redes sociais. Por redes sociais consideramos as trocas sociais (por meio de amizade, trabalho etc.) dentro de um grupo de indivíduos que se relacionam entre si (Haythornthwaite, 2005). Definição semelhante é dada para o conceito de redes migratórias, que, da mesma maneira das redes sociais, conecta migrantes, ex-migrantes e não migrantes nos países de destino e origem, facilitando a circulação de capital social e, por conseguinte, o fluxo migratório (Massey et al., 1993). O próprio estudo de Varella (2013) está calcado em uma rede, notadamente entre os indivíduos de Nova Xavantina-MT, Brasil e Santa Cruz de La Sierra na Bolívia. Nele, a autora identificou que esse fenômeno é conhecido na cidade de origem, até mesmo dentro dos colégios. Os estudantes frequentemente conhecem alguém que já realizou a migração e são incentivados para isso.

Em sua essência, o fluxo argentino tem as mesmas características do boliviano e paraguaio, desse modo também o identificamos como um fluxo às avessas. Os brasileiros deixam o Brasil não por acreditarem que a educação ou qualidade de vida argentina é superior à brasileira e, sim, pela impossibilidade de estudar no Brasil. Há, porém, especificidades no caso argentino. Ainda que a formação de grupos fechados de brasileiros seja uma realidade e tenha sido inclusive uma das justificativas usadas pelas universidades para a implementação de exigências associadas ao idioma, parece não haver a resistência, ou, em alguns casos, aversão à assimilação no novo país. A formação desses grupos parece estar mais relacionada ao desconhecimento do idioma, pois 45,37% dos estudantes nunca haviam estudado espanhol

e diferenças culturais, já que 69,44% dos estudantes não consideraram uma suposta proximidade cultural com os argentinos um fator importante. No mais, os brasileiros com quem conversei parecem gostar do país e, inclusive, 11% dos nossos pesquisados demonstraram interesse em exercer a profissão na Argentina, algo bastante discrepante do aferido por Varella (2013, p. 19), no qual apenas 3 dos 616 participantes declararam querer ficar na Bolívia. No caso paraguaio, os estudantes não veem sentido em aprender guarani, uma das línguas nacionais no país e utilizadas no atendimento médico durante a graduação (Webber, 2018, p. 138). O que parece ser um dos grandes diferenciais da formação argentina, além da qualidade, é a possibilidade de ter o diploma reconhecido na Espanha, por meio de um convênio de reconhecimento mútuo de diplomas celebrado entre os países, o que elimina entraves que ocorrem, por exemplo, para a revalidação do diploma no Brasil (Expansión, 2017). Esse fato surgiu com força no nosso questionário, pois mais estudantes responderam que desejam exercer a medicina na Espanha ou União Europeia (44,44%) do que no Brasil (34,26%).

Assim como no caso boliviano, o fluxo brasileiro para a Argentina não é fronteiriço. Nas cidades de fronteira, encontramos um grupo de estudantes na cidade de Santo Tomé, que faz fronteira com São Borja-RS. Mas, trata-se de uma minoria, apenas 4 estudantes do nosso universo de pesquisa. Nem mesmo na instituição de ensino dessa cidade, que é privada, existe o marketing agressivo feito pelas universidades bolivianas e paraguaias. Não há conteúdo produzido especificamente para estudantes brasileiros, muito menos currículo personalizado visando ao Revalida. Com efeito, os estudantes procuram universidades de qualidade e consagradas, em cidades distantes do Brasil, como Buenos Aires e Rosário. A seguir apresentaremos uma hipótese para diferenciar esse movimento daquele estudado por Varella (2013), onde os estudantes também migraram para cidades distantes. Na nossa concepção, a Internet tem papel central no fluxo de brasileiros para a Argentina.

AS REDES SOCIAIS VIRTUAIS

Consideramos haver na Argentina um fluxo migratório com íntima relação com as redes sociais virtuais (RSV), representadas aqui pela plataforma Facebook. Mas também podem ser incorporadas nessa definição blogs, fóruns, em suma, espaços na internet onde há reunião de usuários com possibilidade de troca de informações. Apesar de ter um caráter pessoal, essas redes agrupam pessoas de qualquer lugar do mundo em torno de um interesse específico comum (Costa, 2018). Em pesquisa que abrangeu 47% da população brasileira em 2016, foi constatado que 83% das pessoas haviam utilizado alguma RSV no último mês. Mais além, 59% declararam que a Internet é sua principal fonte de informação (Kantar, 2016).

No fluxo boliviano, a maior parte dos estudantes eram do estado de Rondônia, um dos menores em população do Brasil, mas que faz divisa com a Bolívia. Além disso, também ficaram entre os primeiros os Estados do Mato Grosso (3º) e Acre (8º), pouco povoados, mas que tem como característica fazerem fronteira com a Bolívia. Isso levou Varella (2013) relacionar a localização geográfica com redes sociais existentes consolidadas que ocorrem entre esses estados e a Bolívia. A própria autora tratou sobre isso estudando a fundo a rede Nova Xavantina-MT x Santa Cruz de La Sierra. Outra hipótese levantada pela autora é o papel que a desigualdade educacional, sobretudo se comparada com as regiões Sul e Sudeste, já que autora teve acesso à informação de que havia apenas um acreano cursando Medicina na Universidade Federal do Acre naquele ano.

No caso argentino, nosso levantamento chegou a resultados bastante díspares. A presença de estudantes da região sul do Brasil foi menor do que a esperada originalmente, como mostra a tabela 4:

Tabela 4. Distribuição dos estudantes por regiões

Origem	N	%	% População
Sul	25	23,1%	14,26
Sudeste	47	43,5	42,04
Centro-Oeste	11	10,2%	7,79
Nordeste	14	13%	27,09
Norte	11	10,2%	8,82
Total	108	100%	100

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados na pesquisa e com base na estimativa

De fato, os dados sugerem uma sobre representação da região sul, fronteira com a Argentina, mas não da ordem encontrada por Varella (2013). Chama atenção, por outro lado, a presença forte da região sudeste, alavancada por São Paulo (21%) e Minas Gerais (17,5%), estados distantes da Argentina, em proporções bastante superiores ao fluxo boliviano, no qual esses Estados somaram cada um 7,3%. Nesse sentido, acreditamos que as redes sociais têm influência fundamental, mas em seu formato virtual. Por ser um fluxo mais recente que o boliviano e não haver a proximidade geográfica, a Internet aparece como uma possibilidade de construir redes sociais à distância, por indivíduos que não tem nenhuma relação entre si a não ser o desejo de estudar Medicina na Argentina. Isso tem o papel fundamental de atenuar os custos e riscos da migração, a saber, o medo que a mudança acarreta no indivíduo e as possibilidades de acontecerem contratemplos (Massey et al.,

1993). Mais precisamente, procuramos entender como a internet afeta os laços entre os indivíduos e o fluxo de capital social dentro das redes sociais.

Entendemos por laço a ligação entre dois indivíduos e o conjunto dessas ligações entre indivíduos interconectados uma rede social. A importância da força de um laço no fluxo de informações nas redes sociais foi objeto de debate em Granovetter (1973). Para o autor, a probabilidade da circulação de informações nas redes sociais varia de forma inversamente proporcional a força do laço entre os indivíduos. Isso ocorre pois quanto mais forte for o laço, maior a tendência de os indivíduos terem hábitos parecidos e um círculo de amizades mais homogêneo. Esse tipo de rede, ora, não favorece a circulação de informações novas. Nos laços fracos, por outro lado, há trocas de informações de indivíduos que provavelmente possuem backgrounds e redes sociais distintas, por conseguinte, informações distintas. Seria então a principal fonte do fluxo de informações nas redes sociais. Discussão semelhante é feita por Bert (apud Portes, 1998), por meio do conceito furo estrutural. As redes sociais densas não seriam propícias ao fluxo de capital social e seriam furos estruturais, ou seja, a ausência de laços institucionalizados, que proporcionariam o fluxo de capital social. Aqui há uma aproximação com o que temos ressaltado como característica das redes sociais virtuais, e, mais precisamente, dos grupos do Facebook: a reunião de pessoas previamente desconhecidas, sem qualquer tipo de semelhança prévia a não ser o desejo de cursar Medicina na Argentina.

Dentro dos estudos que discutem os impactos da internet na migração, Dekker e Engbersen (2014) chamaram atenção para a possibilidade da criação de novos laços através da internet servir como uma fonte oficial de informações, sobretudo para aqueles que não têm nenhum tipo de vínculo com o país de destino. Essa é a situação de 65,74% dos estudantes da nossa pesquisa, que declararam não ter nenhum familiar ou amigo vivendo no país antes da mudança. Através da Internet, é possível ter informações completas sobre a Universidade e a cidade de destino, algo inacessível para migrantes fora das redes migratórias tradicionais na época anterior à Internet. Caso exista algum tipo de dúvida, o estudante ainda pode ativar o que Haythornthwaite (2002) chama de laços latentes, que são aqueles laços não ativados, mas que estão fartamente disponíveis com o advento da Internet. Ao entrar em um grupo de Facebook de estudantes de Medicina na Argentina, o potencial migrante tem a seu dispor milhares de laços latentes, desde pessoas que estão no mesmo estágio da ideia do processo migratório que ele até estudantes que já estão cursando Medicina na Argentina. É possível realizar um post no mural público do grupo e as pessoas que se interessarem irão interagir com ele. São comuns perguntas sobre o custo de vida, qualidade de vida da cidade e as documentações necessárias para matrícula. Além disso, os estudantes usam esses posts também para se conectarem entre si, ferramenta fundamental para indivíduos que não têm nenhum tipo de contato formal com a sociedade de destino sentirem-se mais seguros para tomarem a decisão de migrar. Isso é referendado nos estudos contemporâneos das migrações internacionais: a Internet não é a razão da vontade de migrar, mas ela é um suporte poderoso na tomada de decisão (Pesando, Rotondi, Stranges, Kashyap e Billari, 2021).

De fato, quando perguntados sobre os fatores mais importantes na decisão de migrar, apenas um dos nossos pesquisados marcou a opção “contatos e interações realizados através das redes sociais¹⁷”. No entanto, apenas 19,44% não participaram de nenhum grupo online de estudantes brasileiros de Medicina na Argentina. Para mais de 40% deles, a forma com a qual ficaram sabendo da possibilidade de estudar Medicina na Argentina foi a Internet. Além disso, 15,74% dos estudantes declararam que sem as interações feitas nesses grupos, não teriam migrado. Outros 43,52% disseram que teriam migrado, mas seria mais difícil. Sendo assim, as redes sociais virtuais não são a razão do processo migratório examinado aqui, mas, em consonância com os achados de outros pesquisadores (Thulin e Vilhelmson, 2014), têm o papel fundamental na constituição do imaginário sobre o local de destino para o migrante, especialmente para aqueles sem relações com a sociedade destino. Esse é o fator diferencial do fluxo de brasileiros para a Argentina: a razão primordial para o desejo de migrar é a impossibilidade de cursar Medicina no Brasil, mas o “empurrãozinho” acontece através das redes sociais virtuais e da Internet, que proporcionam aos estudantes de regiões distantes da Argentina e que não se conheciam previamente, acessarem e compartilharem informações entre si e, assim, tornar o processo migratório mais simples.

CONCLUSÃO

A pesquisa teve como objetivo fundamental apreender as razões da ida de brasileiros para estudar Medicina na Argentina. No intercurso da investigação, foi possível delimitar o fenômeno como uma migração estudantil, mas com caracteres diversos dos fluxos tradicionais. Assim como no caso boliviano e paraguaio, o estudante não deixa o país pelo sonho de estudar/morar no exterior e com a crença de que no país de destino há uma qualidade de vida ou estudo superior ao disponível no Brasil. Ele migra porque é a oportunidade disponível para estudar Medicina. Ou seja, trata-se de uma migração estudantil por ocasião da impossibilidade de acessar o curso desejado no Brasil.

Dentre os motivos para deixar o Brasil, de uma perspectiva conjuntural, identificamos a expansão geral da escolaridade nas últimas décadas, algo acompanhado apenas parcialmente no curso de Medicina. Ainda que o curso tenha expandido sua oferta nos últimos anos, ele continua concentrado nos principais centros urbanos do país e, cada vez mais, privado. Tal fato fica evidente na quase imobilidade dos indicadores socioeconômicos dos alunos do curso, no qual a média de mensalidade no curso privado supera os 8 mil reais, valor elevado até mesmo para a classe média alta brasileira, além da altíssima concorrência por uma vaga no setor público. No que

¹⁷ Aqui entendidas como plataformas online de interação social.

tange à relação entre educação e mercado de trabalho, o país passa por um longo processo de desindustrialização, que alterou o mercado de trabalho, afetando algumas profissões tradicionais, como a de engenheiro, a qual já não garante a remuneração de outrora, quando o país vivenciava fase de crescimento econômico. Assim, a profissão de médico continua a ser uma garantia de retorno financeiro da educação, mesmo em um momento que outras deixam de sê-lo. Além dos aspectos financeiros mencionados, há ainda uma posição corporativista dos médicos em relação à expansão do curso no país. Lograram participação em decisões sobre a criação de novas vagas do curso, também conseguiram, junto ao Ministério da Educação, a paralisação por cinco anos do credenciamento de novas faculdades e a criação de mais vagas nas já existentes no país em 2018. Sobre isso, pareceu-nos simbólica a frase do aluno que deixou Santa Catarina para estudar na Argentina: "... no Brasil, em vez de aumentar o número de faculdades, querem diminuir", mencionada na página sete deste artigo.

Os estados de origem dos estudantes e seus hábitos virtuais nos ajudam a diferenciar o fluxo argentino do boliviano e paraguaio. Primeiro, em que pese a sobre representação dos estados do sul, a maioria dos estudantes não são de estados limítrofes com a Argentina e, tampouco, escolhem cidades fronteiriças para estudarem. O uso da internet e do Facebook aparece como uma forma de conectar aqueles que desejam migrar para estudar Medicina na Argentina, posto que 65,74% dos estudantes não tinham nenhum familiar vivendo no país antes da mudança. 80,56% dos pesquisados entraram em algum grupo de estudantes brasileiros de Medicina na Argentina no Facebook e 59,12% indicaram que as interações feitas nos grupos foram determinantes para a migração. Desse modo, as redes sociais virtuais constituem um suporte fundamental para a decisão de migrar. Ademais, o sistema universitário e a Argentina em si também aparecem como fatores de atração para os brasileiros. Para além de ter facilidades de ingresso similares às bolivianas e paraguaias, não há por parte dos estudantes a resistência em morar na Argentina observada nos outros dois países, dadas a qualidade do seu ensino chama atenção e a chance de ter seu diploma reconhecido na Espanha, exaltada. Não obstante, há aqui uma questão a ser observada no futuro: para além da questão da revalidação, como estes estudantes serão integrados futuramente no sistema de saúde brasileiro, uma vez que foram formados dentro de diretrizes curriculares distintas das estabelecidas para a formação de recursos humanos em saúde do Brasil?

Com efeito, lemos esse fenômeno como parte de uma fuga ao exterior, em decorrência dos constrangimentos para acessar o curso no país. Essa busca têm um marcador socioeconômico específico: são as frações das classes médias e baixas que não foram beneficiadas pela expansão do ensino superior no país, em virtude da persistência das barreiras para acessar o curso de Medicina, mas que viram no exterior, a possibilidade de realizarem seu sonho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Wilson Mesquita (2014). *ProUni e o ensino superior privado lucrativo em São Paulo: Uma análise sociológica*. São Paulo, Brasil: Musa Editora.

Almeida, Wilson Mesquita (2020). Revisitando “USP para Todos?”: Desafios permanentes na inclusão dos estudantes de baixa renda no ensino superior público brasileiro. *Revista de Ciências Sociais*, 51(3), 42. Recuperado de: <http://periodicos.ufc.br/revcienso/article/view/54817>.

Angelucci, Thalita Camargo e Pozzo, María Isabel (2020). Estudiantes brasileños en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario (Argentina): Implicancias Interlingüísticas. *Trabalhos em Lingüística Aplicada*, 59(1), 807–833. Recuperado de: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/tla/article/view/8655266>.

Barbosa, Maria Lígia de Oliveira (1993). Sociologia das profissões: Em torno da legitimidade de um objeto. BIB: *Revista Brasileira de Informações Bibliográficas*, 36, 3–30. Recuperado de: <http://anpocs.com/index.php/bib-es-2/bib-36/440-a-sociologia-das-profissoes-em-torno-da-legitimidade-de-um-objeto/file>.

Bhutta, Christine Brickman (2012). *Not by the Book: Facebook as a Sampling*. *Sociological Methods & Research*, 41, 57–88. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0049124112440795>.

Brown, Ana Laura (2020). Migración estudiantil y requisitos lingüísticos: El caso de los estudiantes brasileños de Medicina en la UBA y el examen CEI. Em Fabio Dandrea e Gladys Lizabe (Orgs.), *Internacionalización y gobernanza lingüística en el nivel superior: Las lenguas extranjeras en contexto* (1o ed, pp. 93–113). Río de Janeiro, Brasil: UniRío. Recuperado de: <http://www.unirioeditora.com.ar/wp-content/uploads/2021/03/Internacionalizacion-y-gobernanza-ling%C3%BCistica-UniR%C3%ADO-editora.pdf>.

Cambricoli, Fabiana (2019). *Na fronteira pelo diploma médico—Infográficos*. Estadão. Recuperado de: <https://www.estadao.com.br/infograficos/cidades,na-fronteira-pelo-diploma-medico,1028800>.

Carmo, Marcia (2018). Com faculdades públicas e sem vestibular, Argentina atrai cada vez mais universitários brasileiros. BBC News Brasil. Recuperado de: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-43644403>.

Carvalhoes, Flavio e Ribeiro, Carlos Antônio Costa (2019). Estratificação horizontal da educação superior no Brasil: Desigualdades de classe, gênero e raça em um contexto de expansão educacional. *Tempo Social*, 31, 195–233. doi: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2019.135035>.

Conselho Federal de Medicina (CFM). (2004). *Medicina diz não às cotas*. Recuperado de: <https://portal.cfm.org.br/noticias/medicina-diz-nao-as-cotas/>.

Coelho, Edmundo Campos (1999). *As profissões imperiais: Medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930*. Rio de Janeiro, Brasil: Record.

Conselho Nacional de Investigações Científicas e Técnicas (CONICET) (2021). *Anuario Estadístico Migratorio de la Argentina 2020* (p. 169). Recuperado de: <https://www.conicet.gov.ar/se-presento-el-anuario-estadistico-migratorio-de-la-argentina-2020/>.

Costa, Barbara Regina Lopes (2018). Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, 7(1), Article 1. Recuperado de: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>.

DatosMacro(2019). *Aumenta el número de inmigrantes en Argentina*. Datosmacro. Recuperado de: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/argentina>.

Dekker, Rianne e Engbersen, Godfried (2014). How social media transform migrant networks and facilitate migration. *Global Networks*, 14(4), 401–418. doi: <https://doi.org/10.1111/glob.12040>.

Escolas Médicas do Brasil (2021). Valores das mensalidades dos cursos de medicina privados. *Brasil: Escolas Médicas do Brasil*. Recuperado de: <https://www.escolasmedicas.com.br/mensalidades.php>.

Expansión (2017). *España y Argentina reconocerán mutuamente los títulos académicos*. Expansión. Recuperado de: <https://www.expansion.com/latinoamerica/2017/02/23/58af252746163f57088b4609.html>.

Freidson, Eliot (1996). Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 31(11), 141–155. Recuperado de: https://www.cff.org.br/userfiles/60%20-%20FREIDSON%20E%20%20Para%20uma%20analise%20comparada%20das%20profissoes_1996.pdf.

Gallero, María Cecilia (2016). Las Particularidades de la Inmigración Brasileña en la Argentina. *Cadernos OBMigra*, 2(1), 125–155. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/44974/CONICET_Digital_Nro.27865d8a-d024-43ae-a8d2-15ce6df80dd2_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Granovetter, Mark Sanford (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360–1380. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/2776392>.

Haythornthwaite, Caroline (2002). Strong, Weak, and Latent Ties and the Impact of New Media. *Information Society*, 18(5), 385–401. doi: <https://doi.org/10.1080/01972240290108195>.

Haythornthwaite, Caroline (2005). Social networks and Internet connectivity effects. *Information, Communication & Society*, 8(2), 125–147. doi: <https://doi.org/10.1080/13691180500146185>.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (2019a). *Microdados do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes*. Recuperado de: <https://www.gov.br/inep/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/microdados/enade>.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (2019b). Sinopses Estatísticas da Educação Superior – Graduação— INEP. Recuperado de: <http://inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>.

Kantar (2016). Acessar redes sociais é uma das atividades preferidas dos internautas brasileiros. *Kantar IBOPE Media*. Recuperado de: <https://www.kantaribopemedia.com/acessar-redes-sociais-e-uma-das-atividades-preferidas-dos-internautas-brasileiros-2/>.

Kemper, Elisandrée Sguario, Mendonça, Ana Valeria Machado e Sousa Maria Fátima de Sousa (2016). Programa Mais Médicos: Panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2785–2796. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>

Kosinski, Michal, Matz, Sandra, Gosling, Samuel, Popov, Vesselin e Stillwell, David (2015). Facebook as a research tool for the social sciences: Opportunities, challenges, ethical considerations, and practical guidelines. *American Psychologist*, 70(6), 543–556. doi: <https://doi.org/10.1037/a0039210>.

Massey, Douglas, Arango, Joaquin, Hugo, Graeme, Kouaouci, Ali, Pellegrino, Adela, e Taylor, J. Edward (1993). Theories of International Migration: A Review and Appraisal. *Population and Development Review*, 19(3), 431–466. doi: <https://doi.org/10.2307/2938462>.

Ministério da Educação (MEC) (2018). MEC suspende criação de cursos de medicina e anuncia política de redefinição da formação médica. *Brasília, Brasil: Ministério da Educação*. Recuperado de: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/62491-mec-suspende-criacao-de-cursos-de-medicina-e-anuncia-politica-de-redefinicao-da-formacao-medica>.

Mollis, Marcela (2007). La Educación Superior en Argentina: Balance de una Década. *Revista de la Educación Superior*, 36(142), 69–85. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602007000200004&lng=es&nrm=iso.

Moreno, Ana Carolina (2019). Revalida 2017 tem a pior taxa de aproveitamento da história. *Brasil: G1*. Recuperado de: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2019/07/04/revalida-2017-tem-a-pior-taxa-de-aproveitamento-da-historia.ghtml>.

Neto, Mont'Alvão e Lopo, Arnaldo (2014). Tendências das desigualdades de acesso ao ensino superior no Brasil: 1982-2010. *Educação & Sociedade*, 35, 417-441. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302014000200005>.

Neves, Clarissa Eckert Baeta e Martins, Carlos Alberto (2016). Ensino superior no Brasil: uma visão abrangente. Em Dwyer, Tom, Zen, Eduardo Luiz, Weller, Wivian, Shuguang, Jiu e Kaiyuan, Guo (Orgs), *Jovens universitários em um mundo em transformação: uma pesquisa sino-brasileira* (pp.95-124). Brasília/Pequim: IPEA/SSAP. Recuperado de: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9061/1/Ensino%20superior%20no%20Brasil.pdf>.

Organização Internacional para as Migrações (OIM) (2020). *World Migration Report 2020*. Recuperado de: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2020>.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2020). *Education at a Glance 2020: OECD Indicators*. doi: <https://doi.org/10.1787/69096873-en>.

Parkin, Frank (1979). *Marxism and Class Theory: A Bourgeois Critique*. Cambridge, Reino Unido: Columbia University Press.

Pesando, Luca Maria, Rotondi, Valentina, Stranges, Manuela, Kashyap, Ridhi, e Billari, Francesco (2021). The Internetization of International Migration. *Population and Development Review*, 47(1), 79-111. doi: <https://doi.org/10.1111/padr.12371>.

Portes, Alejandro (1998). Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/223472>.

Quadros, Waldir (2019). A profundidade da atual crise social. *Textos para discussão IE-Unicamp*, 361, 1-29. Recuperado de: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/TD/TD361.pdf>.

Rodrigues, Leonardo Augusto Lopes (2020). Estratificação horizontal e os cursos imperiais no Brasil: O perfil socioeconômico dos concluintes de Medicina, Engenharia e Direito entre 2009 e 2017. 1-20. Recuperado de: <https://www.anpocs2020.sinteseeventos.com.br/atividade/>

Souza-Lopes, Júlia, Machado, Gustavo da Silva, Martins-Borges, Lucienne (2023). Contribuições do trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde na atenção psicossocial oferecida a imigrantes. *PERILOS. Revista de Investigação sobre Migrações*, 7(2), 145-176.

Contribuições do trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde na atenção psicossocial oferecida a imigrantes.

Contribuciones del trabajo de las Agentes Comunitarios de Salud en la atención psicossocial ofrecida a inmigrantes.

Júlia de Souza Lopes¹
Gustavo da Silva Machado²
Lucienne Martins-Borges³

RESUMO

Este artigo propõe reflexões sobre o cuidado psicossocial oferecido a imigrantes no Brasil por meio de uma perspectiva não individualizante e não etnocêntrica. Com base teórica na etnopsiquiatria e na psicologia comunitária, a partir de uma pesquisa qualitativa realizada com Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do SUS em uma cidade do sul do Brasil, propomos possibilidades de atuação da psicologia com imigrantes em uma perspectiva centrada no território, entendendo este não apenas como espaço geográfico, mas especialmente como o ambiente onde relações e interações são estabelecidas. Conclui-se que os efeitos da migração são complexos por envolverem diversos âmbitos da vida dos imigrantes e da sociedade que os acolhe. Portanto, seus efeitos devem ser tratados a partir de um cuidado interprofissional de base comunitária, considerando aspectos culturais,

¹ Pesquisadora independente. E-mail: julialopes.psicologia@gmail.com
Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0002-1764-5118>

² Professor no Curso de Psicologia na Universidade do Vale do Itajaí (Univali) e no Mestrado em Estudos Psicanalíticos da Tavistock and Portman NHS Foundation Trust (Londres, UK). E-mail: machadosgustavo@gmail.com
Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0003-3744-3115>

³ Professora titular, École de travail social et de criminologie, Université Laval, Québec, Canadá.
E-mail: Lucienne.Martins-Borges@tsc.ulaval.ca
Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0003-4323-116X>

*Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que foi financiadora da bolsa de mestrado concedida à autora da pesquisa que deu origem a este artigo.

saberes tradicionais e a pluralidade dos itinerários terapêuticos trazidos por outras culturas como possibilidade de inclusão no país de acolhida.

Palavras-chave: Psicologia. Atenção Psicossocial. Migração. Atenção Primária. Saúde Pública.

RESUMEN

Este artículo propone reflexiones sobre la atención psicosocial ofrecida a inmigrantes en Brasil a través de una perspectiva no individualizadora y no etnocéntrica. Con base teórica en la etnopsiquiatría y la psicología comunitaria y a partir de una investigación cualitativa realizada con Agentes Comunitarios de Salud (ACS) del SUS en una ciudad del sur de Brasil, proponemos posibilidades para que la psicología trabaje con inmigrantes desde una perspectiva centrada en el territorio, entendiendo por ello no sólo un espacio geográfico sino especialmente como el entorno donde se establecen relaciones e interacciones. Se concluye que los efectos de la migración son complejos porque involucran diferentes ámbitos de la vida de las personas inmigrantes y de la sociedad que los acoge. Por tanto, sus efectos deben ser tratados desde una atención interprofesional de base comunitaria, considerando los aspectos culturales, los conocimientos tradicionales y la pluralidad de itinerarios terapéuticos traídos desde otras culturas como una posibilidad de inclusión en el país de acogida.

Palabras clave: Psicología. Atención Psicossocial. Migración. Atención primaria. Salud pública.

INTRODUÇÃO

Constatou-se, nos últimos anos, um aumento significativo no número de pessoas em situação de deslocamento involuntário ao redor do globo. No relatório divulgado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas pelos Refugiados (ACNUR), tem-se mais de 100 milhões de pessoas em situação de migração forçada (UNHCR, 2021). Por diversos motivos, como guerras, desastres naturais ou crises econômicas, pessoas atravessam fronteiras em busca de melhores condições de vida, ou até mesmo condições para que a vida seja possível diante de ameaças concretas à continuidade da existência. Com isso, pode-se dizer que sair de seu país e de sua cultura de origem pode configurar uma situação suscetível à experiência de sofrimento social psíquico intenso.

O deslocamento desterritorializa também o referencial simbólico do imigrante e, na maioria das vezes, a migração involuntária pode estar associada a situações potencialmente traumáticas (Martins-Borges, 2013;

Papadopoulos, 2002; Pusseti, 2009). Por este motivo, o cuidado psicossocial tem uma importante função para migrantes, uma vez que pode auxiliá-los na tarefa de dar "continuidade a si mesmos" em um novo espaço, pois ao se verem em lugares e em culturas diferentes da sua de origem, os imigrantes podem sentir um descompasso entre seu "mundo psíquico" e seu "mundo externo" (Machado, Barros e Martins-Borges, 2019, Martins-Borges, 2013).

No Brasil, o cuidado psicossocial é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em diferentes níveis da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual conta com atenção primária, oferecida nos centros de saúde, por exemplo, especializada e intensiva (Presidência da República do Brasil, 2001). O cuidado prestado às pessoas em sofrimento psíquico no Brasil utiliza a territorialização e os laços comunitários como ferramentas de trabalho com a presença de profissionais da psicologia inclusive na atenção primária (Presidência da República do Brasil, 2014). Isto significa que, para compreender as demandas de saúde dos usuários dos serviços, os profissionais precisam conhecer também os condicionantes que podem produzir agravos na saúde e, para isso, precisam conhecer o território de moradia destas pessoas. Quando falamos em território, referimo-nos não apenas a um espaço geográfico e físico, mas especialmente às relações, interações e laços estabelecidos nesta comunidade (Santos, 1996).

Atuando no contexto das migrações como psicólogas, deparamo-nos com situações específicas que mobilizaram a escrita deste artigo. Destacamos uma delas: após oferecer escuta psicológica a uma imigrante que evidenciou significativo sofrimento psíquico e que demandava continuidade do cuidado, perdemos contato com ela pela ausência de telefone celular. A resposta possível veio com o trabalho conjunto com uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro onde esta imigrante morava. Em um trabalho conjunto, a ACS realizou uma Visita Domiciliar (VD) e conseguiu estabelecer contato para retomarmos o vínculo de cuidado. Ou seja, percebemos que a escuta precisava ir além do espaço físico do nosso serviço, o Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes (CRAI/SC)⁴ e além dos nossos próprios ouvidos.

Nesta perspectiva territorializada de cuidado considera-se a interdisciplinaridade como um fator significativo na atuação. Assim, as fronteiras entre uma profissão e outra são repensadas a fim de construir um diálogo de saberes que, conjuntamente, promovem o cuidado integral. Profissionais da medicina, enfermagem, odontologia e agentes comunitárias de saúde compõem a equipe mínima da Saúde da Família, modelo básico ordenador da atenção primária à saúde do SUS, e fazem uma escuta "generalista" das demandas de saúde. Como suporte, profissionais de

⁴ O Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes de Santa Catarina operou de fevereiro de 2018 a setembro de 2019 em Florianópolis oferecendo atendimento aos imigrantes da região nas áreas de Documentação, Integração ao trabalho formal, Psicologia e Assistência Social, entre outras. Teve como principal objetivo acolher, orientar e integrar imigrantes à sociedade brasileira.

psicologia, serviço social, nutrição e outras especialidades são convocados a depender da necessidade, com foco na promoção da saúde (Presidência da República do Brasil, 2014).

As ACS são profissionais de nível médio capacitadas para atuar como tal a partir de uma formação específica oferecida pelo SUS, que cumprem um papel fundamental na atuação territorializada, pois devem ser obrigatoriamente moradoras do território do Centro de Saúde (CS) de atuação. Este último fator é essencial e diferencia as possibilidades de atuação das ACS, pois, a partir dele, busca-se garantir que estas profissionais tenham pertencimento e conhecimento suficientes do território capazes de lhes permitir atuar como uma ponte entre o CS e os moradores/usuários. Ou seja, são especialistas sobre o território em questão, garantindo um cuidado necessariamente localizado para os moradores do local.

Os territórios de abrangência dos CS são definidos por suas características: sua população específica, que vive em um tempo e em um espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinadas. Nesta perspectiva, a noção de território decorre da vida em sociedade; os territórios são antes relações sociais projetadas no espaço, do que um espaço concreto (Gondim e Monken, 2009; Souza, 1995). Portanto, um território pode abranger um ou mais bairros, pois não se trata do CEP das residências e sim das relações sociais estabelecidas e da utilização dos moradores dos espaços.

As ACS representam o elo entre a equipe de saúde e a comunidade por fazerem parte de ambas, transitando entre esses dois espaços e intercambiando conhecimentos advindos de ambos. Estas profissionais são responsáveis por fazer o mapeamento da área do território, o que implica realizar contato e manter atualizado o cadastro das famílias que vivem no território, além de identificar os possíveis e os atuais riscos aos quais os moradores estão expostos. São elas que realizam orientações e encaminhamentos aos serviços de atenção à saúde para aqueles que não conseguem acessá-los pelos mais diversos motivos, como, por exemplo, falta de dinheiro para o transporte até lá, incompatibilidade de horário por jornadas exaustivas de trabalho, incompreensão da organização do sistema de saúde, entre outros (Sousa, 2007; Cabral e Albuquerque, 2015).

Ainda que haja profissionais que façam esta ponte entre o território e a equipe de saúde, a literatura aponta que, quando a população atendida é imigrante, as barreiras seguem existindo, pois elas operam em dinâmicas sociais que extrapolam os limites simbólicos compartilhados. Quando se trata de imigrantes, as barreiras linguísticas e culturais são também fatores citados em estudos como possíveis causas para impedir o acesso à saúde e ao tratamento adequado (Jaeger et al., 2019). Em casos de sofrimento psíquico, por exemplo, a dificuldade de comunicação com a equipe de saúde pode acarretar a imigrantes um sentimento maior de solidão, isolamento e até mesmo agravamento de sintomas, evidenciando uma importante lacuna na escuta psicossocial a ser analisada crítica e cuidadosamente.

As práticas de cuidado psicossocial podem ser marcadas por atos coloniais, como o etnocentrismo⁵, os quais historicamente forjaram a noção de sofrimento psíquico dentro do binômio saúde/doença em uma mirada ocidental. Ou seja, a perspectiva de cultura dentro do cuidado em saúde recebe uma dimensão da diferença hierárquica na qual determinado modo de ler e interpretar o sofrimento é colocado como padrão (Kilomba, 2019). Com isso, constroem-se técnicas e métodos de classificação que utilizam óculos clínicos etnocêntricos. Fanon (1968), ao refletir sobre esta questão, aponta para o lugar tático da psiquiatria no projeto colonial: "ela é a negação da linguagem, da cultura e da história do colonizado, e é uma arma nas mãos do colonizador" (Fanon, 1968, p. 50).

Sabemos que os movimentos migratórios e as dinâmicas geopolíticas contemporâneas contam com tensionamentos coloniais que reeditam constantemente a separação entre colonizadores e colonizados, como apontado por Fanon (1968). Assim, nem todo sujeito que se desloca no território ganha o peso do "imigrante indesejado". Ele será assim qualificado caso apresente características de raça e classe consideradas inferiores a partir de uma visão de mundo classista e racista, caso contrário, será um "visitante desejado". Esta linha colonialista é, portanto, fundamentalmente simbólica e encontra lugar de efetivação nas práticas de controle biopolítico (Foucault, 2008/1979), bem como no cuidado em saúde mental, por exemplo, pois depara-se com um "corpo estranho". A partir de uma visão clínica etnocentrada, rotinas diagnósticas e condutas que visam camuflar manifestações de sofrimento que fujam aos enquadres ocidentais se tornam frequentes, evidenciando uma lacuna importante na formação dos profissionais da área psi.

Esta visão patologizante da diferença, centrada no sintoma, indica aquilo que Caponi (2014) argumenta sobre o uso do Diagnostic Statistical Manual (DSM) como uma ferramenta de defesa diante daquilo que o sofrimento psíquico apresenta como enigma. Ou seja, nos atendimentos interculturais, o sofrimento "impossível" de ser traduzido pode correr o risco de ser "normalizado" em um diagnóstico não coerente com o que se manifesta em sintoma (Rosa, 2002). Afinal, como o saber médico e, especificamente, aqueles que o corporificam em sua prática, lidam com a posição de não saber? Alternativamente, a sensibilidade cultural surge como uma possibilidade para um posicionamento não-etnocêntrico e que olha a diferença em uma perspectiva horizontal e ontológica (Kilomba, 2018; Martins-Borges, 2013). A partir desta lógica, questionamos: O que a psicologia, inserida nas políticas públicas de saúde, pode aprender com o fazer de outros profissionais, como

⁵ De acordo com Everardo Rocha (2004), o etnocentrismo pode ser compreendido como uma forma de julgamento que se baseia em critérios que são específicos de uma determinada cultura, ignorando a diversidade cultural e a complexidade das relações sociais. Para Rocha, ele pode ser tanto um fenômeno individual quanto coletivo, e pode se manifestar de diferentes formas: desde a simples rejeição das práticas culturais de outras pessoas até a negação de seus direitos e a sua subjugação.

as agentes comunitárias de saúde, a fim de oferecer uma escuta psicossocial territorializada à imigrantes?

As ACS representam, para a psicologia no âmbito da atenção primária, importantes aliadas na compreensão sobre as demandas apresentadas como sofrimento psíquico, uma vez que são também moradoras do território e fazem parte da comunidade em questão, compartilhando muitas vivências com as pessoas atendidas no CS. Elas trazem, portanto, conhecimento a respeito da cultura e do funcionamento da comunidade que podem subsidiar intervenções territorializadas, apontando para os possíveis conflitos, disputas e choques entre a cultura local e dos imigrantes atendidos.

Fassin (2014) traz uma provocação interessante neste sentido, atentando para as questões culturais, sociais, econômicas e, especialmente, para as relações de poder. Para ele, ao invés de ver a cultura como um obstáculo ao tratamento ou uma variável a ser controlada, os profissionais de saúde mental deveriam aprender com as práticas de cuidado dos pacientes e suas famílias, suas representações do sofrimento e sua concepção de saúde. Em outras palavras, é preciso trazer a cultura para o cerne da produção de cuidados em saúde mental.

Este artigo surge desta inquietação. Seus autores trabalharam como psicólogos atendendo pessoas imigrantes em diferentes contextos, com destaque em um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes (CRAI/SC). As estratégias de cuidado utilizadas passam pela intervenção psicoterápica, mas também pela vinculação das pessoas atendidas às redes de apoio e suporte a partir da criação de vínculos significativos, inclusive com serviços da rede de saúde pública quando necessário. Nesta experiência, foi constante o contato próximo com as ACS, as quais eram uma das únicas profissionais com uma atuação que extrapolava as barreiras do consultório e adentrava no território, o que permitia ir ao encontro dos imigrantes e suas demandas.

Assim, guiados por um princípio ético que posiciona a angústia como um método⁶ de elaboração, localizamos esta escrita como uma tentativa de encontrar respostas diante de nossa própria perplexidade frente ao “choque cultural”. George Devereux (1967), definiu este acontecimento como “o estresse resultante do contato com uma cultura diferente, que leva a uma sensação de desorientação e ansiedade” (Devereux, 1967, p. 136). O sentimento de angústia decorrente desse choque, ao invés de promover paralisação, mobilizou nossa escrita e prática clínica a desenvolvê-la como um método de elaboração visando ao aprimoramento da prática, ao localizá-la como algo necessariamente relacional e que questiona dinâmicas de poder pré-estabelecidas.

⁶ Ver Devereux, Georges (1967) Da angústia ao método nas ciências do comportamento.

Atenção territorializada: uma perspectiva localizada do cuidado

Um dos princípios básicos que norteiam o trabalho do SUS é a universalidade, ou seja, toda pessoa que esteja no território brasileiro tem direito de utilizar os serviços de saúde, uma vez que a partir da Constituição de 1988, o cuidado em saúde é um direito do povo e um dever do Estado. Portanto, mesmo aqueles imigrantes que não possuem documentação para permanência no Brasil têm direito de atendimento assegurado e garantido (Presidência da República do Brasil, 1990; Granada et al, 2017). Aqui, salienta-se a função protetiva que a saúde como uma política pública pode oferecer a imigrantes indocumentados, uma vez que mesmo sem o reconhecimento de permanência por parte do Estado, as pessoas são reconhecidas como sujeitos de direitos. Com isso, abre-se uma discussão sobre como este reconhecimento pode prevenir agravos em saúde ainda maiores, especialmente em saúde mental, uma vez que imigrantes indocumentados com muita frequência experimentam sentimentos como insegurança e medo associados à própria saúde ou a possibilidade de deportação ao procurar órgãos públicos (Hacker et al, 2015).

Com isso, evidencia-se a função protetiva que uma RAPS de caráter público e universal pode ter na experiência de imigrantes. Contudo, percebe-se no âmbito prático da atenção psicossocial uma dificuldade por parte dos profissionais de acolher e até mesmo interpretar a demanda trazida por esta população. A literatura aponta que para os profissionais, há significativas barreiras linguísticas e culturais no atendimento à população migrante, o que indica a necessidade de formações para a qualificação da sensibilidade cultural nestes profissionais (Risson, Masue e Lima, 2018), uma vez que, a ausência de tal característica nos atendimentos pode acarretar práticas de medicalização e patologização da diferença (Knobloch, 2015). Com isso, entram em cena atividades que apostam nas relações comunitárias, como a atuação das ACS, as quais amparam e oferecem cuidado buscando uma possível integração cultural dos imigrantes ao território de acolhida.

Guareschi (2005) propõe que a vivência de relações comunitárias significa apostar no reconhecimento do outro com sua diferença e na possibilidade de existência sem os efeitos negativos das relações de dominação. Para esse autor, a noção de comunidade se apresenta como um espaço de segurança e proteção. No caso de imigrantes observa-se o contrário, especialmente quando os imigrantes são racializados, os quais, ao buscarem inclusão comunitária no país de acolhida, encontram muitas vezes a exclusão e atitudes xenofóbicas (Silva, 2021). Diante disso, é urgente uma mirada localizada sobre as práticas em saúde, ou seja, uma ideia de que o cuidado só se mostra efetivo se for pensado para quem e onde ele será ofertado. Assim sendo, é importante conceber que o território e, portanto, a comunidade, se transforma na medida em que recebe imigrantes. Com isso, a atenção à saúde também deve se reposicionar. Como primeiro passo, é preciso repensar o fazer em saúde como algo incompleto, passível de se construir no encontro com cada usuário.

Donna Haraway (1995), em seu célebre texto sobre os “Saberes localizados”, nos adverte acerca da potência das “conexões parciais” como uma política de produção criativa de modos de conhecer e intervir. Para ela, permitir-se um saber parcial e distante da necessidade de uma perspectiva totalizante e unívoca sobre a realidade busca subverter as estruturas de significação opressoras, as quais sempre se colocam como detentoras de certa verdade “absoluta”. Desta forma, o cuidado psicossocial localizado considera o vínculo como sua potencialidade mais sensível, analisando criticamente os efeitos das relações de poder nos encontros que são estabelecidos, propondo-se a aprender com eles (Carvalhaes, 2019).

Se pensarmos na posição de profissionais de saúde, pode-se dizer que são pessoas inscritas em um papel social de suposta “superioridade” em um regime de verdades impostas (Foucault, 1979/2008). Afinal, dentro deste regime de verdades, acredita-se que os “detentores” do saber médico possuem a resposta para as aflições do corpo e da mente que, eventualmente, nem o próprio sujeito encontra. No cuidado ofertado a imigrantes, por exemplo, corre-se o risco de nomear o sofrimento deste utilizando uma gramática simbólica, isto é, o modo de nomear e representar os sentimentos, que não é necessariamente compartilhada com o paciente por conta das barreiras linguísticas e culturais, algo que pode gerar uma experiência de perplexidade para ele sobre seu próprio sentimento.

Esta forma de atuação propõe, uma reflexão crítica que deve reestruturar o tratamento padrão para uma proposta localizada de cuidado. Assim, reafirmamos a importância das ACS, as quais, como anunciamos anteriormente, ocupam esta função dupla: estão inseridas diretamente na comunidade e são profissionais da saúde. Com isso, quebra-se uma fronteira historicamente perpetuada, inserindo na cena do cuidado um saber localizado e, necessariamente, implicado, convidando demais profissões a fazer este mesmo movimento em sua escuta.

Escuta psicossocial diante da diferença

As experiências dos autores deste artigo e tantas outras citadas na literatura científica (Duden e Martins-Borges, 2021; Martín-Baró, 1998; Freitas, 1996; Martins-Borges, 2013; Machado, Barros e Martins-Borges, 2019), apontam para a necessidade da atuação de psicólogos a partir de uma perspectiva de cuidado que vá para além de uma leitura do sofrimento em uma lógica individualista. Em contraponto a essa lógica, Sawaia (2001) apresenta a noção de sofrimento ético-político, o qual considera, a partir de uma inspiração hegeliana e espinosana, a ideia de que o sofrimento é algo constituído conjuntamente na relação com o outro e que leva em consideração as relações de poder, a opressão e seus efeitos. Ou seja, para ela o sofrimento deve ser lido como um acontecimento permeado pelas dinâmicas de poder que envolvem, inclusive, a exploração capitalista e a cristalização de desigualdade como uma característica social.

Há, assim, a construção de uma inclusão perversa, a qual inclui o sujeito que corporifica a diferença para demarcar as posições desiguais de poder e a superioridade ficcional daqueles que detém o privilégio (Sawaia, 2001). Esta perspectiva corrobora com o que Kilomba (2019) apresenta sobre a diferença: por mais que ela seja uma condição ontológica, há uma hierarquização. Da mesma forma, pensando com Fassin (2010), é possível dizer que as desigualdades sociais e políticas são tensionadas também pelas próprias políticas públicas de saúde e pelo sistema de saúde em si. Ele argumenta que as políticas de saúde não são neutras, mas são moldadas pelas relações de poder e pelas visões ideológicas sobre a saúde e a doença.

Sendo assim, o sujeito imigrante, além dos movimentos psíquicos provocados pela migração, pode experimentar situações de violência a partir desta diferença anunciada, as quais evocam a necessidade do reconhecimento de si como um ponto fundamental para o sentimento de inclusão (Machado, Barros e Martins-Borges, 2019). Butler (2015) fala que o reconhecimento é um ponto fundamental para a condição de possibilidade de existência na relação com o outro. Além disso, acrescenta que a estrutura social constrói um enquadre de possibilidade que responde às normas vigentes e aquilo que está fora desta matriz não é sequer considerado. Sendo assim, a escuta oferecida pela psicologia precisa realizar deslocamentos a fim de abarcar os diferentes modos de vida.

Nesse sentido, a Etnopsiquiatria, disciplina que utiliza saberes e métodos da psicanálise e da antropologia para investigar o fundo cultural tanto do sofrimento psíquico como da própria constituição de sintomas em um espaço de vida social e cultural específicos, pode ser de grande contribuição no atendimento à imigrantes (Devereux, 1967; Martins-Borges, Boeira-Lodetti, Jibrin e Pocreau, 2019). A partir dessa teoria, que subsidia práticas de acolhimento e de psicoterapia e atenção psicossocial, o profissional que atende um sujeito de cultura diversa a sua deve ter uma postura não etnocêntrica, admitindo que a origem cultural tem influência significativa em crenças, comportamentos, emoções e atitudes em relação a doenças, dores e outras formas de infortúnio.

A cultura tem, portanto, implicações diretas na saúde do sujeito e nos cuidados que ele despense para sua manutenção, apesar de não ser a única a exercer influência sob ela, pois fatores individuais, educacionais, socioeconômicos e ambientais também atuam nas crenças e comportamentos relacionados à saúde (Helman, 2009). Assim, é também a partir daquilo que é transmitido geracionalmente entre membros de uma mesma comunidade que se desenvolvem práticas de cuidado.

Sabe-se que a prática do cuidado em saúde mental, considerando sua história, também passa por posicionamentos coloniais sobre a subjetividade que demarca uma fronteira entre “normalidade” e “loucura”, a qual considera a adequação à norma como critério principal de inclusão, indo além do olhar sobre o sofrimento e adentrando em uma prática de docilização e colonização (Fanon, 1968; Foucault, 2006). Portanto, algo a ser considerado é, certamente,

o que a comunidade de imigrantes tem a dizer sobre seu sofrimento, mais do que aquilo que podemos produzir de nomeação sobre doença e saúde. Afinal, além dos posicionamentos coloniais, tanto a psiquiatria quanto a psicologia também produzem teoricamente e reproduzem em seu fazer clínico o enquadramento dos sujeitos dentro do "normal" e do "patológico" (Foucault, 1974/2006).

Um imigrante, ao chegar em um novo país, traz consigo sua história pessoal e bagagem cultural e, quando adocece, essas referências irão significar a experiência que vive. Nestes casos, quando conseguem acessar o sistema de saúde do país de acolhida - geralmente organizado por meio da concepção cultural de saúde-doença deste país e, portanto, possivelmente diferente da sua -, os imigrantes e profissionais de saúde por vezes vivem um "choque cultural" decorrente do encontro com a alteridade. Além disso, eventos traumáticos do processo migratório são, então, muitas vezes agravados por fatores que ocorrem após a imigração, já no país de acolhida, frente a situações nas quais não há o compartilhamento de uma mesma linguagem. Diante de tantas rupturas, construir vínculos significativos entre imigrantes e profissionais de serviços das redes de acolhimento podem representar um instrumento potente na mediação com a nova cultura.

Sendo assim, a partir da pesquisa de Souza-Lopes (2021) que utiliza estudos atuais sobre a temática e a etnopsiquiatria como pressuposto epistemológico para compreender o acolhimento realizado por ACS a imigrantes na cidade de Florianópolis, propomos pensar neste artigo a importância do trabalho em conjunto entre as ACS e a psicologia a fim de oferecer um cuidado localizado e territorializado a imigrantes.

METODOLOGIA

Contextualização do campo de pesquisa

Apresentamos aqui uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo e exploratório, realizada em Florianópolis (Figura 1), capital do estado de Santa Catarina localizado na região sul do Brasil. Considerando os temas expostos, foram realizadas entrevistas com ACS que atuavam nesta cidade. À época de sua realização, a cidade tinha uma população estimada em pouco mais de 500 mil habitantes (IBGE, 2020). Fundada em 1673, Florianópolis foi inicialmente uma colonização portuguesa e ainda hoje mantém uma população majoritariamente branca e de descendentes do continente europeu, mesmo que outras populações não-brancas sempre tenham estado presentes na cidade e posicionadas em condições "marginalizadas" em decorrência das dinâmicas sociais racistas (Silva, Rocha e D'Ávila, 2020). Além disso, vale ressaltar que esta região recebeu muitos imigrantes europeus após a tardia abolição da escravidão no Brasil, a partir de uma

política de embranquecimento populacional que ganhou força no final do século XIX e começo do século XX. Sendo assim, a representação social do que significa ser imigrante passa também por práticas de racialização e xenofobia, o que nos faz questionar se o número maior de pessoas brancas não é efeito de reiteradas práticas de esquecimento e exclusão da população negra (Faustino e Oliveira, 2021).

A partir de 2010, houve maior expressividade, em relação a outros grupos, de fluxos migratórios de haitianos, senegaleses, sírios e venezuelanos, alterando o perfil demográfico de Florianópolis (Silva, Rocha e D'Ávila, 2020). A chegada e a permanência de populações de diferentes nacionalidades, costumes e formas de vida tem um impacto global na sociedade de acolhida (Martins-Borges, 2013), assim, a cidade que recebe tais fluxos migratórios tem que estar preparada para se adaptar às mudanças e desafios desencadeados em diferentes setores por tais movimentos, que são típicos das dinâmicas sociais contemporâneas.

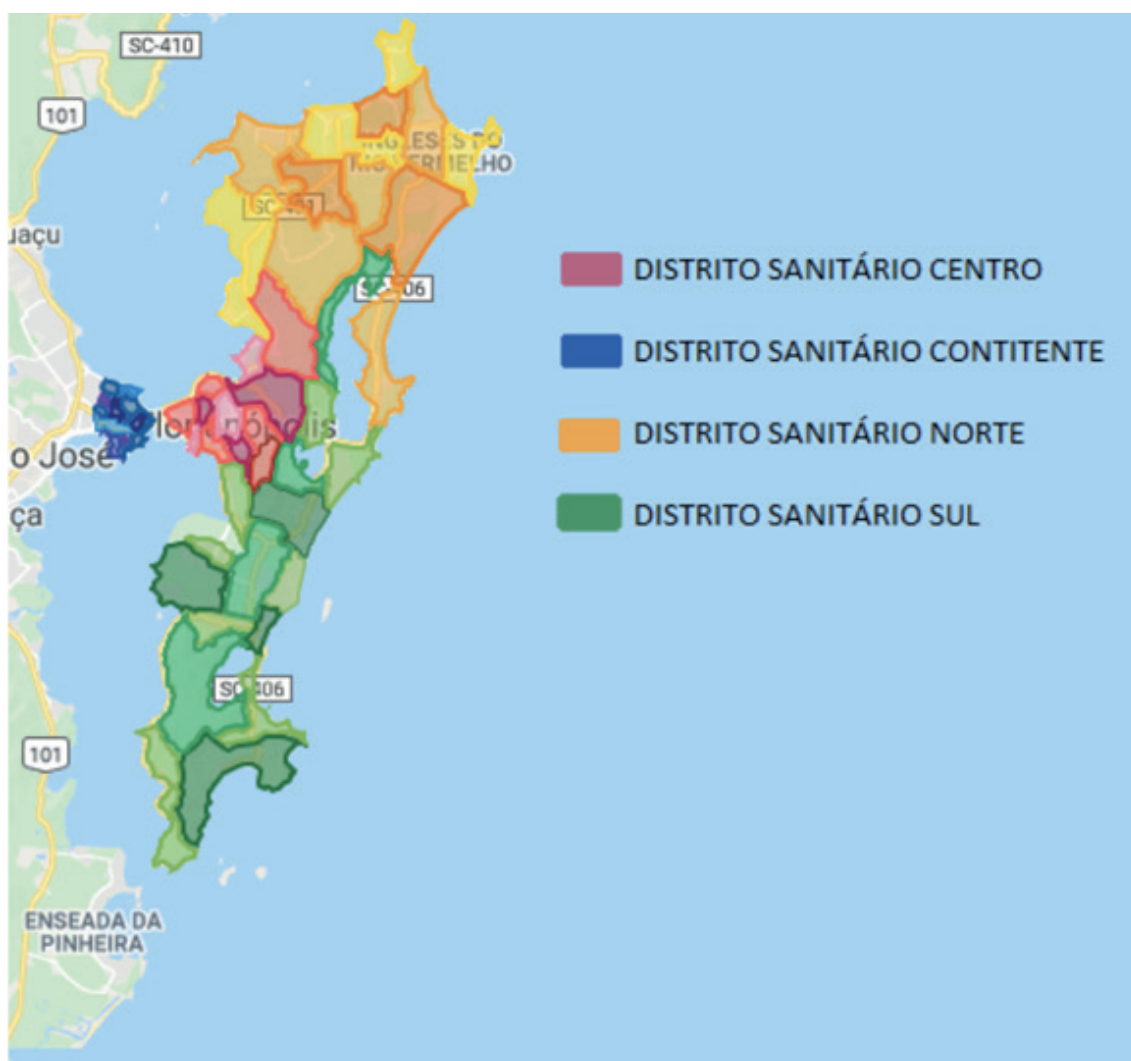
Como evidenciado na figura 2, dos quatro Distritos Sanitários de Florianópolis, os distritos Centro e Continente contavam com maior concentração demográfica de imigrantes em seu território quando foi realizada a pesquisa e, por isso, foram estes os escolhidos como campo de pesquisa. Os distritos sanitários, por definição, são a unidade organizacional mínima do sistema de saúde no Brasil. Eles têm uma base territorial geograficamente definida que deve dispor de uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior (Gondim et al., 2008).

Figura 1. Mapa do Brasil e o estado de Santa Catarina em destaque.



Fonte: <https://observasctur.com.br/santa-catarina/sc-em-numeros/>

Figura 2. Mapa dos Distritos Sanitários do município de Florianópolis.



Fonte: Produção dos autores.

Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa 15 ACS que atuavam nos Centros de Saúde (CS) selecionados dos distritos sanitários de Florianópolis com maior concentração demográfica de imigrantes. Os critérios de inclusão das participantes foram: (1) ter realizado no último ano atendimento a adultos ou famílias de imigrantes que residem ou residiram em Florianópolis (2) estar trabalhando no CS selecionada há pelo menos um ano, a fim de aumentar as chances de que esta profissional conheça bem o território onde atua e seus moradores; (3) realizar atividades no território, como, por exemplo, visitas domiciliares. O total de participantes foi determinado a partir do conceito de fechamento amostral por saturação teórica⁷ (Fontanella, Ricas e Turato, 2008).

⁷ Na pesquisa qualitativa, o conceito de "saturação teórica" está relacionado à ideia de alcançar um ponto de saturação ou redundância nas informações coletadas durante o processo de coleta de dados

Todas as participantes eram contratadas pelo município e trabalhavam como ACS há mais de 10 anos; 12 delas sempre trabalharam no mesmo CS e 14 delas sempre moraram no mesmo território onde atuavam. As ACS declararam realizar em média 10 atendimentos a imigrantes por dia, sendo que apenas duas delas declararam terem recebido algum tipo de informação específica sobre atendimento a imigrantes pela Pastoral do Imigrante, órgão religioso que cuida especificamente de imigrantes, e não pelo município.

As entrevistas aconteceram entre setembro e novembro de 2020 nos CS selecionados, respeitando todas as restrições sanitárias relativas à pandemia causada pelo vírus da COVID19 e a conduta ética estabelecida pelo Comitê de Ética que aprovou a pesquisa (Conselho Nacional de Saúde, 2013). Os relatos orais foram transcritos, categorizados e analisados utilizando a análise de conteúdo, de acordo com a técnica proposta por Bardin (2016), seguindo suas três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após transcritas as entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante do material para extrair os temas mais significativos de acordo com os objetivos específicos da pesquisa. Os temas foram, então, agrupados de modo sistemático a partir da interpretação dos seus significados, com intuito de produzir inferências de forma objetiva, resultando na construção de categorias de análise. Por fim, obteve-se quatro categorias de análise: Significados da migração para ACS; Condições de acesso aos serviços de saúde pública; Demandas de cuidado dos imigrantes e; Práticas de acolhimento.

A fim de responder ao objetivo deste artigo, os principais resultados de cada categoria serão resumidos e expostos aqui para que possam servir de base para discussão a respeito do como o trabalho de acolhimento das ACS à imigrantes pode auxiliar no aprimoramento da atuação da psicologia com esta população.

DESENVOLVIMENTO ANALÍTICO

A primeira categoria de análise, "Significados da migração para ACS" (Figura 3), investigou o que as ACS pensavam e conheciam a respeito de imigrantes e do processo migratório.

Figura 3. Significados da migração para ACS



Fonte: Produção dos autores.

Nesta categoria observou-se que as ACS demarcam o lugar do imigrante como alguém diferente, como um estranho-estrangeiro em comparação a um familiar. A língua diferente, ou o domínio do português com sotaque, a cultura, a forma de se vestir, de se expressar e de ser, foram elementos destacados como meios de denunciar que aquele imigrante que chega em busca de cuidados no CS não é igual a elas ou "aos seus". Esta informação corrobora com a ideia de que as pessoas imigrantes carregam consigo a marca da estrangeiridade e isso produz efeitos diversos na relação com o outro (Pusseti, 2010).

Se pensarmos com a proposta freudiana acerca do infamiliar, encontramos no desconhecido este algo que ameaça nossa própria identidade e, por isso, nos assusta. Sobre isso, Freud salienta o narcisismo das pequenas diferenças, uma vez que diante da diferença do outro, as pessoas que apresentam similaridades se aproximam e rechaçam aquilo que pode ser diferente, numa tentativa constante de suposta autopreservação (Freud, 1921/2011). Ao mesmo tempo e, paradoxalmente, somos lançados a um estranho desejo de conhecer (Freud, 1919/2019). Estas ideias corroboram com a hipótese de Devereux que toda inclinação excessivamente objetificante por parte de pesquisadores - mas também poderíamos dizer sem incorrer em erro, por parte daqueles que trabalham no cuidado em saúde de imigrantes - seria uma reação a certos elementos ansiogênicos advindos do mal-estar provocado pela diferença cultural (Devereux, 1967).

Ou seja, por não pertencerem a uma mesma cultura e, por isso, não compartilharem dos mesmos referenciais simbólicos, a compreensão entre aquele que oferece cuidado e aquele que necessita de amparo pode

ser alterada pela supracitada necessidade de autopreservação. Afinal, é a cultura que estabelece o que é o "normal", é ela quem preconiza os modelos de conduta e de cuidado, de se apresentar e de estar na sociedade (Pelbart, 1989). Assim, quando o sujeito está em um ambiente cultural diverso ao seu de origem, é facilmente identificável por não compartilhar dos mesmos marcadores culturais com os membros da sociedade de acolhida (Martins-Borges e Pocreau, 2009; Pusseti, 2010). Uma vez identificado, o imigrante é também tratado de uma forma específica, a qual pode ser apresentada como distanciamento por conta das barreiras presentes no encontro entre culturas, especialmente nos atendimentos em saúde mental, que exigem do sujeito o anúncio dos seus sintomas.

Além de serem percebidos como um potencial ameaça à "estabilidade" de um ambiente com uma única perspectiva cultural, os imigrantes atendidos também eram paradoxalmente muito admirados pelo fato de enfrentarem os riscos, dificuldades e toda a violência que envolve o processo migratório. Desde o deslocamento até a vulnerabilidade que encontram ao chegarem no Brasil, ao elencar as motivações que pensam levar alguém a imigrar, as ACS expõem sua admiração por aqueles a quem chamam de um "povo guerreiro", que migram em busca de uma vida melhor em função, por exemplo, da situação política e econômica do seu país de origem.

Desta forma, os imigrantes foram valorados pelas ACS como sujeitos com uma força extra comum, donos de uma adaptabilidade que as surpreendem. Por mais que este reconhecimento seja aparentemente positivo, o que se pode pensar sobre a escuta do sofrimento psíquico de pessoas que apresentam tal força? Questiona-se aqui a construção deste mito de força associado à migração que pode impedir, por vezes, a sensibilidade diante do sofrimento dos imigrantes. Afinal, o que é o sofrimento da vida cotidiana para quem precisou passar por situações tão delicadas? Como sugere Fanon (1968), o direito ao sofrimento também é marcado pelo traço colonial, restando ao corpo colonizado o lugar de força e capaz de suportar a dor em prol do "bom funcionamento social".

Assim, conforme o apontado no artigo de Duden e Martins-Borges (2021) que entrevistou psicólogos que atuavam com refugiados no Brasil, é preciso atentar-se para não cair em armadilhas no atendimento desta população. Ao entender a resiliência dessas pessoas como um facilitador em seu engajamento no processo terapêutico, por exemplo, não se pode, ao mesmo tempo, deixar de olhar para as inúmeras vulnerabilidades estruturais, escassez ou até mesmo falta de acesso a itens de necessidade básica (moradia, alimentação, vestuário etc.) que eles enfrentam.

Portanto, é importante construir possibilidades de compreensão a respeito dos diferentes modos de manifestar sofrimento. Pusseti (2013), em seu estudo sobre a antropologia das emoções em instituições de saúde mental, atenta para o reposicionamento da escuta e a relativização cultural como princípios básicos para não perpetuar lógicas etnocêntricas na atenção psicossocial, invisibilizando as formas singulares de sofrimento. Com as entrevistas,

percebeu-se que o estranhamento foi discursivamente desdobrado em uma noção de "identidade guerreira". Em se tratando de um olhar da psicologia neste contexto, é importante repensar esta visão a fim de conseguir abarcar a possibilidade de sofrimento por parte destas pessoas. Afinal, em alguns casos, o encontro entre culturas e a percepção de si em um contexto distante do habitual pode ser mais ameaçador do que o trajeto em si (Martins-Borges, 2013).

Sobretudo, ressalta-se que a percepção de certa vulnerabilidade nesta população na região é um fator reconhecido e apontado pelas ACS durante a entrevista. Pensar em vulnerabilidade e em sua relação com o sofrimento psíquico demanda evocar um enquadre teórico crítico, como apontado por Butler (2015). Por esta via, a vulnerabilidade pode ser lida como uma condição ontológica, uma vez que sendo sujeitos relacionais estamos constantemente vulneráveis ao outro, inclusive para critérios de reconhecimento sobre a própria existência.

Contudo, o apontado pelas ACS nas entrevistas diz respeito a uma vulnerabilidade que pode estar associada à noção de risco, ou seja, estão vulneráveis, pois suas condições materiais e psicossociais de existência estão ameaçadas pela ausência de uma vinculação que oferece certa "segurança" e proteção. Por exemplo, as participantes da pesquisa apontam como indicador desta vulnerabilidade as constantes mudanças de endereço que elas percebem nas famílias de imigrantes atendidas e, neste sentido, pode-se pensar sobre questões relativas a fatores socioeconômicos ou até mesmo de inserção efetiva deste grupo nas relações comunitárias. Além disso, evidencia-se uma dificuldade por parte de políticas efetivas de acolhimento por parte do poder público.

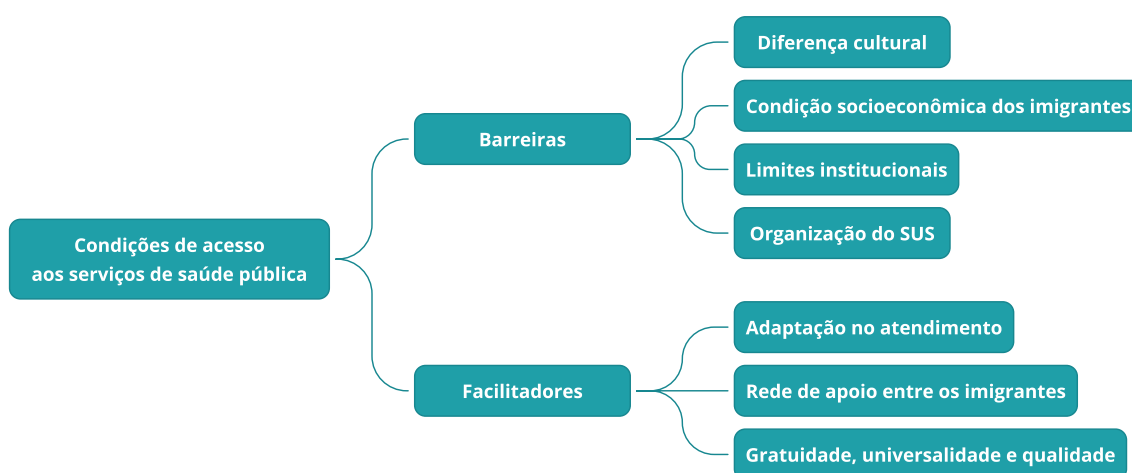
Como salientado anteriormente, é possível compreender este acontecimento sob as lentes daqui que Sawaia (2001) vai nomear como sofrimento ético político e suas artimanhas da exclusão. Por mais que os imigrantes estejam geograficamente inseridos no território, estão constantemente posicionados em uma condição de deslocamento, ainda que internamente no próprio bairro, devido às precárias condições de trabalho e moradia. Com isso, é importante demarcar que esta situação interfere diretamente em aspectos associados à saúde mental, uma vez que a experiência de instabilidade, insegurança e ausência de rede de apoio são considerados como fatores importantes para o agravamento de sofrimento psíquico.

A partir deste dado percebido e comunicado pelas ACS, ressalta-se a importância do serviço de saúde e, especificamente, do cuidado psicossocial no trabalho de inclusão de imigrantes no país acolhedor, uma vez que oferece caminhos de elaboração entre a experiência do vivido e a produção de espaço psíquico para além da percepção de si como alguém em risco. Portanto, acessar os serviços de atenção psicossocial é uma forma de buscar reparar algumas dessas feridas causadas pelo processo migratório, acessando direitos humanos básicos, por exemplo. Sendo assim, o olhar que

as ACS apresentam sobre o acontecimento migratório passa também por questões socialmente compartilhadas e que chegam no cuidado de maneira significativa, mas não impede que ele ocorra caso o imigrante busque o serviço de saúde.

No caso dos serviços de saúde pública do Brasil, as condições de acesso para imigrantes são determinadas por diversas variáveis, como apresentado na segunda categoria desta pesquisa: Condições de acesso aos serviços de saúde pública (Figura 4).

Figura 4. Condições de acesso aos serviços de saúde pública



Fonte: Produção dos autores.

As ACS apontaram que aqueles que tentam ou conseguem acessar os serviços encontram importantes barreiras como, por exemplo, a impossibilidade de comunicação por não falarem o idioma do país de acolhida, corroborando ao encontrado em outros estudos sobre a temática (Vázquez et al., 2016; Zucchi e Inoue, 2018). Não apenas a língua, mas outras expressões culturais podem também dificultar o encontro entre imigrantes e profissionais/serviços de saúde. Somados a isto, estão a condição socioeconômica, muitas vezes precarizada, e os limites institucionais em acolhê-los em sua singularidade, que se apresenta na ausência de profissionais capacitados e alertas para uma limitação na organização do SUS.

Foi possível perceber que a organização do SUS e suas características operam tanto como barreiras quanto como facilitadores na perspectiva das ACS para o atendimento de imigrantes. A dificuldade dos imigrantes em entenderem o seu funcionamento pode representar importantes empecilhos para seu acesso, assim como alerta Fassin (2014): a barreira não está apenas no encontro com os profissionais, mas, antes mesmo, disso percebe-se uma dimensão moral e política que dificulta o acesso ao se considerar a compreensão prévia que os imigrantes têm sobre o próprio sistema de saúde, como se fosse um espaço que não pudessem ocupar.

Por exemplo, nem todos os imigrantes sabem da hierarquização dos serviços por nível de complexidade, como no caso da Rede de Atenção Psicossocial, e isso acaba dificultando o acesso e até mesmo à continuidade do acompanhamento, na perspectiva das ACS. No entanto, a gratuidade, universalidade e integralidade de seus serviços são fatores que possibilitam sua utilização em casos de necessidade. Apesar disso, o Estado brasileiro, responsável por operacionalizar o direito à saúde garantido constitucionalmente, não oferece condições adequadas para o acolhimento de imigrantes em suas especificidades: raras são as capacitações ou grupos técnicos de apoio para mediação cultural que sejam mobilizados pelo próprio SUS. Diante disso, iniciativas como a FENAMI (Frente Nacional pela Saúde de Migrantes) se tornam cada vez mais importantes neste cenário, a qual visam a partir de mobilização social e comunitária garantir políticas públicas de acesso e cuidado a esta população.

Os efeitos psicossociais da migração precisam ser ouvidos e de maneira adequada, considerando um cuidado de base comunitária como uma das ferramentas possíveis para uma inclusão no território de acolhida. Além disso, o suporte técnico de mediadores culturais e intérpretes é fundamental nos atendimentos, já que por vezes os profissionais e os imigrantes usuários dos serviços de saúde não falam a mesma língua (Souza-Lopes, 2021). Na falta de políticas públicas que garantam a mediação cultural nos atendimentos, os profissionais foram obrigados a criar outras estratégias por conta própria, como utilizar tecnologias para tradução, para oferecer condições mínimas para que o atendimento pudesse acontecer.

Frente a mais esta dificuldade, as ACS relataram iniciativas de combate próprias, tanto como profissionais individuais, quanto como equipe de saúde, mas também dos imigrantes. Assim, cada profissional buscou aproximar-se da cultura e do mundo dos imigrantes a partir de suas próprias condições de possibilidade. Segundo Foucault (1966/2007), as condições de possibilidade de cada sujeito são produzidas e mantidas por meio das práticas sociais, políticas e discursivas, elas são o resultado de uma série de relações de poder que moldam as formas como as coisas são pensadas, faladas e vividas. Sendo assim, cada ACS e cada território ofereciam condições diferentes de acolhimento aos imigrantes.

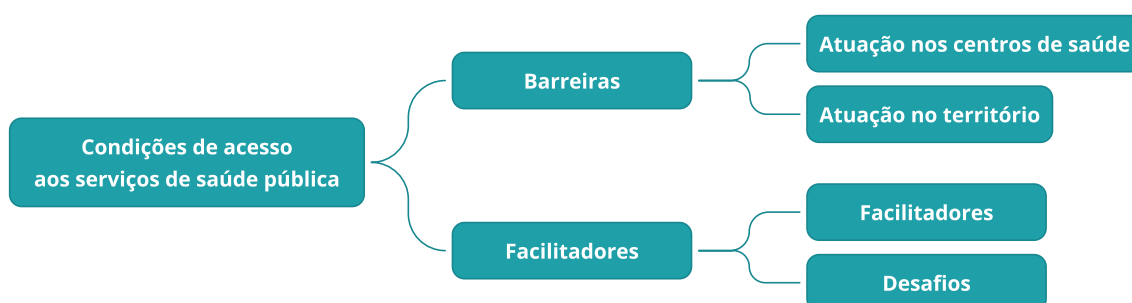
Algumas conseguiram encontrar por meio de identificação religiosa, de costumes alimentícios, de semelhanças entre estruturas familiares ou até mesmo de percursos migratórios, uma vez que nem todas ACS eram naturais de Florianópolis. Como fica evidente na fala de uma das ACS entrevistadas na pesquisa de Souza-Lopes (2021):

Adoro falar que eu sou cristã e eles não são, os mulçumanos. Então pra mim é mágico falar, que a gente fala a mesma linguagem (...) Eles não comem porco, eu também não como. Então eu começo a chegar nessa parte, na parte que eu tenho conhecimento e que eu posso ter uma abertura maior com eles. Maria da Silva (entrevista, 17 de outubro, 2020).

Percebe-se, com isso, possibilidades de encontro entre as experiências vividas e, assim, formas de se aproximar e acolher. Em outros casos, o racismo, a xenofobia e o não conhecimento a respeito das condições sociopolíticas que motivam a imigração se colocaram como barreiras intransponíveis no cuidado e falas como "eles tiram tudo um pouco de nós que já somos daqui" denunciam certo sentimento de competição por parte das próprias ACS. Ou seja, aqui, evidencia-se a perpetuação de discursos pejorativos acerca da migração nas práticas de cuidado em saúde.

As demandas de cuidado dos imigrantes são determinadas não apenas ao seu corpo físico, que sofre, mas também ao seu corpo simbólico, o que nos faz chegar à terceira categoria, Demandas de cuidado dos imigrantes (Figura 5).

Figura 5. Demandas de cuidado dos imigrantes



Fonte: Produção dos autores.

Para compreender as dimensões das demandas de cuidado apresentadas pelos imigrantes, foi relatado ser necessário uma sensibilidade por parte das ACS, que oferecem uma escuta ao relato do sofrimento centrado não apenas no agora, numa queixa física do momento, mas também naquilo que os imigrantes passaram e passam para estarem distante de seus países. No entanto, há uma disputa de narrativas nos serviços de saúde, pois há também, segundo as ACS, profissionais que buscaram uma separação entre demandas do corpo e demandas psicossociais, como se uma coisa pudesse estar separada da outra.

Ao passar por um processo migratório, os sujeitos podem ficar em estado generalizado de vulnerabilidade. A perda do referencial cultural de estar em seu próprio país, somada a outras perdas decorrentes do processo migratório, como as dificuldades no país de acolhida podem levar os imigrantes a um estado de vulnerabilidade psíquica, (Martins-Borges, 2013). A vulnerabilidade psíquica é um estado em que, frente à adversidade, o sujeito não consegue recorrer aos seus recursos psíquicos de enfrentamento para lidar com as situações do cotidiano. Neste estado, imigrantes podem apresentar diversos sintomas como tristeza profunda, isolamento social, conflitos com a cultura de origem ou do país de acolhimento, irritabilidade, queixas somáticas, sintomas de fadiga, insônia, dificuldade de concentração, entre outros (Dantas, 2012; Franken, Coutinho e Ramos, 2012; Martins-Borges, 2013).

As ACS relataram que as principais demandas de cuidado apresentadas por homens e mulheres imigrantes são diferentes, pois, partindo de uma compreensão mais integral do processo de saúde-doença, elas entendem que as causas de uma enfermidade estão ligadas às condições às quais os sujeitos estão submetidos. As mulheres, por exemplo, buscam o serviço principalmente para cuidados relativos à saúde do aparelho reprodutivo feminino (consultas para exames preventivos e solicitação de anticoncepcionais) e para acompanhamento gestacional (pré-natal). Já os homens, solicitaram consultas principalmente para tratar de dores decorrentes das atividades laborais que realizam no Brasil, corroborando com o estudo de Barreto et al. (2019), que constatou que problemas de saúde ocorrem muitas vezes em decorrência das condições precarizadas de trabalho e socioeconômicas dos imigrantes.

Portanto, somadas às experiências individuais, os motivos que levam os imigrantes a buscarem os serviços de saúde foram percebidos também a partir de experiências estruturais, ligadas a gênero, classe e raça. Outras ACS perceberam que as condições socioeconômicas e sanitárias dos imigrantes no Brasil, mas também em seu país de origem, são variáveis importantes na determinação de suas demandas de cuidado. Assim, frases como “Eu acredito que (...) [os imigrantes] não tinham acesso ao atendimento médico lá [em seu país de origem], porque quando eles chegam aqui parece que explodiu um monte de coisa na cabeça deles e eles acabam procurando o centro de saúde o tempo todo”, mostram a importância de se olhar para o percurso migratório como um fator significativo na condição de saúde de um imigrante. E falar de percurso migratório envolve um antes, um durante e um depois da imigração.

Esta fala supracitada, aliás, ao evidenciar uma busca "o tempo todo", indica um aspecto moral associado à busca por cuidado em saúde. Na busca por uma explicação plausível para a alta procura pelo serviço, a ACS faz um contraste com o país de origem. A explicação para a frequência atual é a vulnerabilidade do sistema de saúde "de lá", como se especialmente no Brasil fosse possível encontrar espaços de cuidado em saúde em decorrência da característica universal do SUS. Fassin (2012) também nos adverte que a busca por soluções objetivas mascara uma dificuldade de se atentar para os fatores morais associados a determinado acontecimento: e se a busca frequente estiver vinculada, na verdade, a uma necessidade de atenção e cuidado na ordem do reconhecimento?

Na imigração involuntária, onde há exposição à violência e à devastação, essas situações podem se inscrever no psiquismo do sujeito como um trauma, levando-o a um estado de vulnerabilidade psíquica (Jibrin, 2017; Martins-Borges, 2013; Martins-Borges e Pocreau, 2009). Não é apenas o evento em si que caracteriza o que pode ser traumático, mas também a forma como ele é vivenciado e atinge o sujeito (Freud, 1920/2010). Assim, esse "explodir um monte de coisa na cabeça", parece dizer sobre como incide a imigração involuntária no psiquismo de alguns sujeitos. Após passar por um

processo intenso de rupturas, eles podem ficar esgotados psicologicamente, sem conseguir acesso aos seus recursos de enfrentamento usuais (Martins-Borges, 2013). Portanto, a sensibilidade na escuta dos profissionais de saúde para perceber o sofrimento e identificar as demandas implícitas durante o encontro com imigrantes é fundamental para facilitar o acolhimento dessa população e encaminhá-los, quando necessário, para serviços de psicologia. Pois, como nos mostra a literatura e nos confirmam as ACS deste estudo, um sintoma físico nem sempre diz respeito apenas a uma dor no corpo (Dantas, 2012; Franken, Coutinho e Ramos, 2012; Martins-Borges, 2013).

Ou seja, os aspectos psicossociais apresentados nos atendimentos apontam para uma demanda por vínculo, algo que vai além da relação saúde-doença centrada na patologia. Com o público imigrante, vínculo não é um mero detalhe, ao contrário, ele pode representar a melhoria na qualidade de vida, da percepção de inclusão e, até mesmo, de proteção para agravos futuros. Além de buscar o CS para receberem cuidados em saúde, as ACS apontam que este espaço se torna também um ambiente de referência e de orientações sobre como e onde buscar auxílios socioeconômicos para os imigrantes. O CS, portanto, é um espaço que lhes permite encontrar formas sobre como acessar seus direitos básicos e integrar a sociedade brasileira.

Para se criar vínculo é necessário mais do que um atendimento técnico, é necessário acolhimento. O acolhimento está previsto na Política Nacional de Humanização (PNH) como uma estratégia e uma tecnologia de cuidado que deve fazer parte de todos os encontros entre usuários e profissionais dos serviços de saúde do SUS (Presidência da República do Brasil, 2006). Ele é uma postura ética a ser adotada nos atendimentos que implica a escuta das queixas, o reconhecimento e o protagonismo do usuário em seu próprio processo de saúde e adoecimento (Presidência da República do Brasil, 2010). Sendo assim, para que o acolhimento ao usuário aconteça nos CS é necessário que a equipe de saúde trabalhe em conjunto, por ser esta uma prática transversal, que não é responsabilidade apenas de um membro, mas de toda a equipe de saúde (Presidência da República do Brasil, 2010). Portanto, em uma ação territorializada e inclinada ao cuidado singular, as ACS apontam a visita domiciliar como uma ferramenta importante para o acolhimento e cuidado psicossocial dos imigrantes.

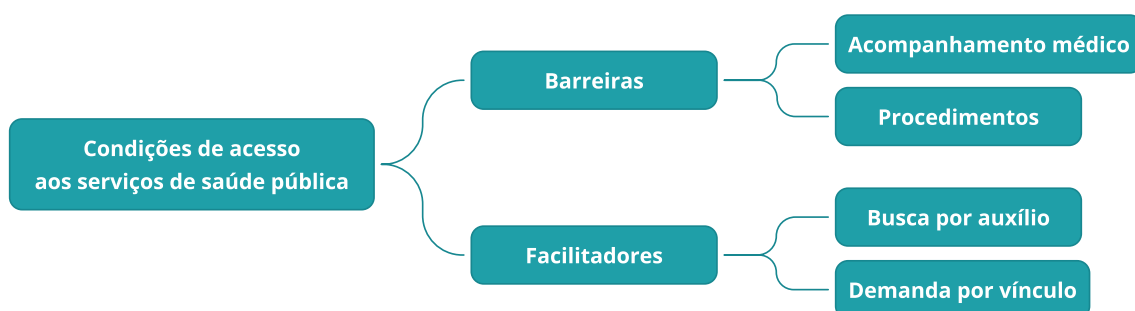
Para além dos muros dos CS, a Visita Domiciliar (VD) é uma atividade fundamental para as ACS na prevenção de agravos e promoção de saúde, ofertando o cuidado por meio de uma concepção ampliada do processo de saúde/doença. Ela consiste em visitar em suas casas usuários em condições de risco, como pessoas acamadas, em pós-cirúrgico ou com mobilidade reduzida, mas não apenas. A VD pode e deve ser realizada sempre que algum profissional de saúde identificar uma situação de risco em alguma família. Por serem o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, as ACS são muitas vezes informantes sobre o que está acontecendo na comunidade e com seus moradores; sobre quem chega e quem vai embora.

O movimento de ir até a casa dos usuários é “cruzar a ponte” em direção à sua realidade. Em um atendimento a imigrantes, essa aproximação pode representar para eles um interesse por parte dos profissionais de saúde por sua realidade e sua cultura, o que tem um imenso potencial para formação de vínculos. Este movimento pode representar um descentramento cultural, ao sair de sua própria perspectiva de mundo e acolher a de um outro (Helman, 2009; Martins-Borges, 2013; Silva, Langdon e Rivas, 2014). Segundo as ACS, buscar saber sobre a cultura dos imigrantes atendidos e ter disponibilidade de ir até suas casas pode auxiliar no acolhimento e diminuir as chances de mal-entendidos ou interrupções abruptas nos tratamentos.

Além disso, o acolhimento pode ser compreendido também como um método de escuta qualificada com a finalidade de oferecer respostas nos mais diferentes contextos (Coutinho, Barbieri e Santos, 2015). A escuta atenta foi uma das estratégias utilizadas pelas ACS para perceber a singularidade e as necessidades dos imigrantes em seu dia a dia de trabalho. Ainda assim, é necessário que profissionais que trabalham em contextos interculturais sejam capacitados para lidar com essas diferenças, pois algumas barreiras não são superadas apenas com o acolhimento (Zucchi e Inoue, 2018). E, quando se fala em capacitação, pensamos sobre ferramentas teórico-práticas que apontem para a sensibilidade cultural, além de fomentar a escuta e acolhida da dor do outro, algo que pode ser lido como um diferencial exclusivo da psicologia, mas que deve ser uma habilidade de todo profissional da saúde.

Esse fato evidencia que a sensibilidade cultural é uma habilidade que precisa ser continuamente construída por meio de capacitações profissionais e mudanças nas estruturas de ensino e atendimento. A última categoria, Práticas de Acolhimento (Figura 6), vai abordar de que maneira as ACS tentam viabilizar o acolhimento no atendimento a imigrantes e o papel da cultura nessas práticas.

Figura 6. Práticas de Acolhimento



Fonte: Produção dos autores.

O imigrante que busca cuidado em um CS muitas vezes precisa de mais do que um atendimento técnico e as ACS são, com muita frequência, as

primeiras profissionais a terem contato com os usuários e suas demandas. Por isso, uma escuta atenta de sua parte é fundamental para determinar qual será o melhor encaminhamento para cada sujeito. Os impactos da imigração são físicos, psíquicos e sociais. Portanto, a sensibilidade na escuta dos profissionais de saúde para perceber o sofrimento e identificar as demandas "implícitas" durante o encontro com imigrantes é fundamental para promover acolhimento a esta população.

O CS é um espaço de referência, onde imigrantes buscam auxílio e informações que lhes permitam acessar seus direitos e integrar a sociedade brasileira. Ele cumpre uma função de elo entre a comunidade e o Estado, assim como as ACS funcionam como um elo entre a comunidade e os imigrantes. O acesso à saúde é, portanto, também uma forma de acolher e integrar os imigrantes à nova sociedade, especialmente se consideramos as práticas de acolhimento que entendem a "queixa" apresentada como uma demanda socialmente construída. Assim, neste contato, busca-se não apenas mitigar dores físicas, mas também outras fragilidades.

A pesquisa de Duden e Martins-Borges (2021) aponta para este mesmo caminho ao constatar que os psicólogos entrevistados que trabalham com refugiados no Brasil percebem que atuar fora do próprio consultório, especialmente fazendo visitas domiciliares aos imigrantes atendidos ou acompanhando-os em eventos e até mesmo visitando outras instituições relevantes da rede de apoio, pode facilitar o atendimento a esta população e seu engajamento em seu processo terapêutico. Este tipo de atuação também foi ressaltado pelas ACS como uma potente ferramenta no acolhimento a imigrantes. A VD é uma prática que segue uma perspectiva de cuidado preventiva, que busca ir ao encontro dos usuários e das possíveis causas de enfermidade antes que estes cheguem até o Centro de Saúde. Assim, as ACS seriam responsáveis por passar nas casas dos usuários de seu território de atuação a fim de conhecê-los e de colher dados para o cadastro do CS, que é constantemente atualizado.

Foi nesse movimento, de sair dos muros da instituição e ir até a casa das pessoas, que muitas ACS entrevistadas relataram ter a oportunidade de se aproximar dos imigrantes atendidos em seu CS de atuação, conhecendo um pouco mais de sua história, cultura, costumes e idioma. As ACS percebem que quanto melhor elas conhecem as pessoas que elas atendem, melhor podem oferecer um cuidado adequado às suas especificidades e necessidades. Esta percepção corrobora com a pesquisa de Willey et al. (2018) que constatou que realizar mais visitas domiciliares também emergiu como uma forma de adaptar os atendimentos e contornar as barreiras que surgem do choque cultural entre paciente e profissional/serviço. Assim, disponibilizar mais tempo e recursos para os atendimentos com imigrantes possibilita abordagens flexíveis que poderão contribuir com a redução dos impactos da imigração nas práticas de cuidado (Priebe et al., 2011; Willey et al., 2018).

As práticas de acolhimento mais eficazes, portanto, tiveram em comum a característica de representarem um movimento de descentramento, mesmo - ou talvez principalmente - frente ao desconhecido. A angústia que surge

frente ao desconhecido é aquilo, segundo Devereux (1967), que nos obriga, enquanto investigadores dos fenômenos humanos, a colocar em suspensão nossos métodos, conceitos e lógica própria para tentar compreender não apenas o mundo ao nosso redor, como também aqueles que o habitam e as distintas maneiras como o fazem. No entanto, a angústia é um operador que pode servir tanto para avançar quanto como um empecilho que nos paralisa junto de nossos preconceitos, limitações culturais, afinidades teóricas e metodológicas, reduzindo nossa capacidade de se decompor e de servir de solo fértil para algo diferente nascer.

Sendo assim, a constante adaptação da própria abordagem – profissional, teórica e prática, assim como sair da esfera da psicoterapêutica individual são essenciais na atuação de psicólogos com imigrantes e refugiados. Além disso, muitas vezes na atenção a imigrantes há necessidade de dar suporte de formas não psicoterapêuticas, reconceituando o trabalho clínico, como também político, já que as condições socioeconômicas e sanitárias dos imigrantes no Brasil, e em seu país de origem, são variáveis importantes na determinação de suas demandas de cuidado.

Por isso, é importante ressaltar a necessidade do preparo técnico científico para fundamentar as ações de cuidado e não sobrecarregar alguns membros da ESF com demandas que eles não têm competência técnica para dar conta (Freire et al., 2008). Ter que criar estratégias individuais para acolher pessoas em situação de vulnerabilidade sem um preparo para tal pode desencadear nos profissionais de saúde um desgaste psicológico (Duden e Martins-Borges, 2021). Para que o acolhimento de imigrantes seja cumprido enquanto diretriz e estratégia de atendimento, é necessário mais que uma formação técnica para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, é importante uma mudança em âmbito estrutural do próprio sistema de saúde, propondo políticas próprias (Brehmer e Verdi, 2010).

A partir das quatro categorias apresentadas acima, percebe-se a importância do conhecimento das necessidades da população imigrante dentro do próprio território, uma vez que é nele que ocorre a inclusão e o encontro entre culturas. Por vezes, as relações de poder estabelecidas na prática profissional criam um distanciamento na relação interpessoal na cena do cuidado e, no caso de imigrantes, isto pode provocar ainda mais barreiras no acesso à saúde. Com a presença de agentes que fazem parte da comunidade na equipe de saúde, promove-se uma relativização de papéis e quem oferece escuta é, inicialmente, aquelas que estabelecem relações mais horizontais com a população.

CONCLUSÕES

Esta experiência aponta para um grande potencial positivo na atuação em conjunto da psicologia com profissionais como as ACS, que atuam diretamente

no território. A posição das ACS, que envolve uma dupla dimensão por fazerem parte tanto da comunidade onde atuam quanto do serviço de saúde, dá a estas profissionais condições únicas de trabalho em proximidade aos usuários do território. Além disso, adentra-se em uma leitura crítica do sofrimento, o qual é construído também na relação com o outro.

Com as entrevistas realizadas com as ACS, foi possível perceber que mesmo que as ACS apresentem certa dificuldade ou estranhamento no encontro entre culturas além de enfrentarem outras dificuldades como as barreiras linguísticas, a falta de capacitação e de suporte técnico (como a falta de tradutores nos serviços, por exemplo), elas apresentaram em suas falas uma compreensão sobre as vulnerabilidades específicas dos imigrantes, assim como uma inclinação profissional direcionada ao cuidado dos mesmos.

Entendemos com este trabalho que o cuidado psicossocial, em se tratando de demandas complexas como migração e refúgio, demanda uma relação que vai para além de uma leitura etnocêntrica da psicologia. Isto aponta para uma necessidade constante de formação tanto para psicólogos como para demais agentes de cuidado em saúde, uma vez que, neste contexto, o profissional da psicologia não é capaz de trabalhar o sofrimento do imigrante sem apoio e suporte de outros profissionais.

Com isso, para trabalhar com imigrantes, a psicologia deve repensar suas estratégias assépticas para adentrar nas relações comunitárias, entendendo que, para isso, é preciso eventualmente realizar atividades interdisciplinares. Com as ACS, nesta pesquisa, por exemplo, é possível perceber que, ainda que haja um olhar de estranhamento para com a população imigrante, elas ressaltam a importância dada para a visita domiciliar e do contato próximo como uma potente estratégia de cuidado e compreensão da demanda.

Para o fazer da psicologia neste contexto, a etnopsiquiatria se confirma como um enquadre epistemológico e metodológico capaz de oferecer ao clínico o descentramento necessário para a escuta de imigrantes, evitando os riscos das normalizações. Ressalta-se da etnopsiquiatria aquilo que Devereux (1972) argumenta sobre a necessidade de se trabalhar interdisciplinarmente em atendimentos interculturais. O fazer psicológico restrito apenas às suas próprias técnicas pode se mostrar mais patologizante do que promotor de cuidado diante da diferença cultural. Por isso, no trabalho com imigrantes na atenção primária, parece interessante associar, além da etnologia e disciplinas correlatas como propõe Devereux, o olhar comunitário e o vínculo oriundo da relação das ACS no trabalho cotidiano com esta população.

Acreditamos que, para próximas pesquisas, será interessante realizar entrevistas também com psicólogos e com os próprios imigrantes, para que sejam possíveis cruzar as informações e avaliar também a relação estabelecida sob diferentes perspectivas. Além disso, pensamos ser importante ir além dos âmbitos acadêmicos e oferecer a ampla difusão dos dados aqui encontrados, não apenas em artigos, mas em formações junto às equipes de saúde da região pesquisada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, Laurence (2009). *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo, Brasil: Edições 70.

Brehmer, Laura Cavalcanti de Farias e Verdi, Marta (2010). Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3569–3578. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>

Butler, Judith (2015). *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro, Brasil: Civilização Brasileira

Cabral, Thamiris Maria Nascimento e Albuquerque, Paulette Cavalcanti de (2015). Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. *Saúde em Debate*, 39(104), 159-171. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040415>

Caponi, Sandra (2014). O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 741-763. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>

Carvalhoes, Flávia Fernandes (2019). Clínica extramuros: decolonizando a Psicologia. *Revista Espaço Acadêmico*, 19(216), 03-13. Recuperado de: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/47665>

Conselho Nacional de Saúde (2013). Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. Recuperada de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Coutinho, Larissa Rachel Palhares, Barbieri, Ana Rita, Santos e Mara Lisiane de Moraes dos (2015). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, (39)105, 514-524. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>

Dantas, Sylvia Duarte (2012). Saúde mental e interculturalidade: Implicações e novas proposições diante dos desafios em tempos de globalização. En Dantas, Sylvia Duarte (Ogrs.), *Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais* (pp. 109-160). São Paulo, Brasil: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. Recuperado de: <http://www.iea.usp.br/pesquisa/grupos-pesquisa/dialogos-interculturais/publicacoes/dialogosinterculturais.pdf>

Devereux, Georges (1967) Da angústia ao método nas ciências do comportamento. Tradução de Gabriel Inticher Binkowski (2018). *Lacuna: uma revista de psicanálise*, (6), 6. Recuperado de: <https://revistalacuna.com/2028/11/21/n06-07/>

Duden, Gesa Solveig e Martins-Borges, Lucienne (2021). Psychologists' perspectives on providing psychological care for refugees in Brazil. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(3), 605–633. doi: <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1933909>

Haraway, Donna (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 7-41.

Fanon, Frantz (1968). *Os condenados da terra*. Tradução de José Laurêncio de Melo. Rio de Janeiro, Brasil: Civilização Brasileira.

Fassin, Didier (2014). Compaixão e repressão: a economia moral das políticas de imigração na França. *Ponto Urbe: Revista do núcleo de antropologia urbana da USP*, (15).

Fassin, Didier (2012). *Humanitarian reason: A moral history of the present*. Berkeley and Los Angeles, Estados Unidos da América: University of California Press.

Faustino, Deivison Mendes e Oliveira, Leila Maria de (2022). Xenoracismo ou xenofobia racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana [online]*, (29)63, 193-210. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006312>

Feldman-Bianco, Bela (2015). Apresentação: deslocamentos, desigualdades e violência do estado. *Ciência e Cultura*, 67(2), 20-24. doi: <https://dx.doi.org/10.21800/2317-66602015000200009>

Foucault, Michel (1974/2006). *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

Foucault, Michel (1966/2007). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. Tradução de Salma Tannus Muchail. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

Foucault, Michel (1979/2008). *O nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

Foucault, Michel (2008/1969). *Arqueologia do saber*. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.

Foucault, Michel (1963/2011). *O nascimento da Clínica*. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.

Fontanella, Bruno José Barcellos, Ricas, Janete e Turato, Egberto Ribeiro (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

Franken, Ieda; Coutinho, Maria da Penha de Lima e Ramos, Maria Natália Pereira (2012). Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicologia: Ciência e Profissão [online]*, 32(1), 202-219. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100015>

Freire, Laís Aparecida Melo; Storino, Luísa Pereira; Horta, Natália de Cássia; Magalhães, Rafaela Pereira e Lima, Telma (2008). O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de Saúde da Família. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 12(2), 271-277. Recuperado de: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/268>

Freud, Sigmund (1921/2011). *Psicologia das massas e análise do eu*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo, Brasil: Companhia das Letras.

Freud, Sigmund (1919/2019). *O infamiliar / Das Unheimliche, seguido de O Homem da Areia*. Tradução de Ernani Chaves, Pedro Heliodoro Tavares e Romero Freitas. Belo Horizonte, Brasil: Autêntica.

Gondim, Grácia Maria de Miranda; Monken, Mauricio; Rojas, Luisa Iniguez; Barcellos, Christovam; Peiter, Paulo; Navarro, Marli e Gracie, Renata (2008). O território da saúde: a organização dos sistemas de saúde e a territorialização. Recuperado de: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf

Guareschi, Pedrinho (2005). *Psicologia social como prática de libertação*. Porto Alegre, Brasil: Edipucrs.

Granada, Daniel; Carreno, Ioná; Ramos, Natália e Ramos, Maria da Conceição Pereira (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 285-296. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>

Hacker, Karen; Anies, Maria; Folb, Barbara L. e Zallman, Leah (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk management and healthcare policy*, 8, 175-183. doi: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173>

Helman, Cecil G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Tradução de Francisco Arsego e Ane Rose Bolner. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2010). Recuperado de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra/def_ault_resultados_gerais_amostra.shtm.

Interagency Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela (2022). End-Year Report 2022: Regional Refugee and Migrant Response Plan. Recuperado de: <https://www.r4v.info/en>

Jaeger, Fabienne N.; Pellaud, Nicole; Laville, Bénédicte e Klauser, Pierre (2019). The migration related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC health services research*, 19(1), 429. Recuperado de: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4164-4>

Jibrin, Márcio (2017). *Acolhimento psicológico de imigrantes involuntários: um encontro com a alteridade* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/182702>

Kilomba, Grada (2019). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. São Paulo, Brasil: Editora Cobogó.

Knobloch, Felicia (2015). Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*, 26(2), 169-174.

Machado, Gustavo da Silva; Barros, Allyne Fernandes Oliveira e Martins-Borges, Lucienne (2019). A escuta psicológica como ferramenta de integração: práticas clínicas e sociais em um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes em Santa Catarina. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27(55), 79-96. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005506>

Martín-Baró, Ignacio (1998). *Psicología de la Liberación*. Madrid, Espanha: Trotta.

Martín-Baró, Ignacio (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Psicología sin fronteras: revista electrónica de intervención psicosocial y psicología comunitaria*, 1(2), 7-14.

Martins-Borges, Lucienne e Pocreau, Jean-Bernard (2009). Reconhecer a diferença: O desafio da Etnopsiquiatria. *Psicologia em Revista*, 15(1), 232-245. doi: <https://doi.org/10.5752/627>

Martins-Borges, Lucienne (2013). Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), 151-162. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-85852013000100009>

Martins-Borges, Lucienne, Jibrin, Marcio e Barros, Allyne Fernandes Oliveira (2015). Clínica intercultural: a escuta da diferença. *Contextos Clínicos*, 8(2), 186-192. doi: <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.82.07>

Papadopoulos, Renos K. (2002). Refugees, home and trauma. En Papadopoulos, Renos K. (Ed.), *Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home*. London and New York: Routledge.

Pelbart, Peter Pal (2016). *Cartography of Exhaustion: Nihilism Inside Out*. Minneapolis, Estados Unidos da América: Univocal Publishing.

Priebe, Stefan; Sandhu, Simas; Dias, Sonia et al. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 11, 187. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>

Pussetti, Chiara (Coord.) (2009). *Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural*. Lisboa, Portugal: Observatório da Imigração.

Presidência da República do Brasil (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, Distrito Federal: Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Presidência da República do Brasil (2001). *Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, Distrito Federal: Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Presidência da República do Brasil (2006). *Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 que regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências*. Brasília, Distrito Federal: Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm

Presidência da República do Brasil (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Série B - Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

Presidência da República do Brasil (2014). *Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Cadernos de Atenção Básica, 39. Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf

Risson, Ana Paula; Matsue, Regina Yoshie e Lima, Ana Cristina Costa (2018). Atenção em Saúde aos Imigrantes Haitianos em Chapecó e suas Dimensões Étnico-Raciais. *O Social em Questão*, 21(41), 111-130, Recuperado de: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_41_art_5_Risson_Matsue_Lima.pdf

Rocha, Eduardo (2004). Etnocentrismo. En L. F. D. Proença (Ed.), *Dicionário de política cultural: cultura e imaginário* (pp. 266-270). São Paulo, Brasil: Iluminuras/FAPESP.

Rosa, Miriam Debieux; Berta, Sandra Letícia; Carignato, Taeco Toma e Alencar, Sandra (2009). A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 497-511. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000300006>

Santos, Milton (1996). *Por uma Geografia Nova: Da crítica da Geografia a uma Geografia Crítica*. São Paulo, Brasil: Editora Hucitec.

Sawaia, Bader Burihan (2001). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão-inclusão. En Sawaia, Bader Burihan (Org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*, (pp. 97-118). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes.

Silva, Karine de Souza; Rocha, Carolina Nunes Miranda Carasek da e D'Avila, Lucas (2020). Invisibilizados na ilha do Desterro: os novos fluxos de imigrantes e refugiados em Florianópolis. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, 15(1). doi: <https://doi.org/10.5902/1981369433488>

Silva, Antonio Carvalho; Langdon, Esther Jean e Ribas, Dulce Lopes (2014). Percepção e cuidados com as pessoas diagnosticadas com psicopatologia crônica nas Comunidades Kaiowá e Guarani de Mato Grosso do Sul. *Ciência Humana e Sociais em Revista*, 36(1), 07-25.

Sousa, Gianne Carvalho de (2007). *O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental: percepções e ações na atenção a pessoas em sofrimento mental* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-22062007-085851/>

Souza-Lopes, Júlia de (2021). *O acolhimento a imigrantes na perspectiva de agentes comunitárias de saúde em Florianópolis* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/229275>

United Nations High Commissioner for Refugees (2021). UNHCR Global Report 2021. Geneva, Suíça: UNHCR. Recuperado de: https://reporting.unhcr.org/globalreport2021/#_ga=2.6930418.1911037199.1667207233-1893859257.1666012963

Vázquez, María-Luisa; Vargas, Ingrid; Jaramillo, Daniel López; Porthé, Victoria; López-Fernández, Luis Andrés; Vargas, Hernán; Bosch, Lola; Hernández, Silvia S. e Azarola, Ainhoa Ruiz (2016). Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health policy: Amsterdam, Netherlands*, 120(4), 396–405. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.011>

Willey, Suzanne M.; Cant, Robyn P.; Williams, Allison; McIntyre, Meredith (2018). Maternal and child health nurses work with refugee families: Perspectives from regional Victoria, Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 27(17-18), 3387–3396. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14277>

Zucchi, Eliana Miura e Inoue, Silvia Regina Viodres (2018). Acolhimento de Refugiados e Migrantes Forçados: desafios para a atenção primária. En Jubilut, Liliana Lyra; Frinhani, Fernanda de Magalhães Dias e Lopes, Rachel de Oliveira (Org.), *Migrantes forçados: conceitos e contextos*. (pp. 775-790). Boa Vista, Brasil: Editora da UFRR.

Perfil sociodemográfico das populações migrantes vinculadas a la Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre (RS)

Perfil sociodemográfico de las poblaciones migrantes vinculadas a la atención Primaria de Salud (APS) en Porto Alegre (RS)

Fabian Scholze Domingues¹
Isabella Martins Carpentieri²

RESUMO

Em Porto Alegre, segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde, em janeiro de 2020, cerca de 3.313 imigrantes estavam com cadastro ativo no Cartão Nacional de Saúde e acessavam a Atenção Primária à Saúde (APS). Este número representa menos de 10% do total de imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiados que residem no município. O presente artigo objetiva traçar o perfil sociodemográfico dos imigrantes e refugiados que estão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre, bem como apresentar as boas práticas realizadas pela Área Técnica da Saúde do Imigrante da SMS/POA, a fim de subsidiar políticas públicas para o acesso das populações migrantes à saúde pública.

Palavras-chave: Migrantes. Sistema Único de Saúde (SUS). Porto Alegre. Políticas Públicas. Boas Práticas em Saúde.

¹ Doutor em Economia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Departamento de Economia e Relações Internacionais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: fabian.domingues@ufrgs.br
Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0002-6701-9932>.

² Graduada em Relações Internacionais e Mestranda em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: isabellacarpentieri@gmail.com
Red acadêmica: <https://ufrgs.academia.edu/IsabellaCarpentieri>

RESUMEN

En Porto Alegre, según datos de la Secretaría Municipal de Salud, en enero de 2020 cerca de 3.313 inmigrantes tenían un registro activo en la Tarjeta Nacional de Salud y accedían a la Atención Primaria de Salud (APS). Esta cifra representa menos del 10% del total de inmigrantes, solicitantes de asilo y refugiados que residen en el municipio. Este artículo tiene como objetivo delinear el perfil sociodemográfico de las personas inmigrantes y refugiadas que están vinculadas al Sistema Único de Salud (SUS) en Porto Alegre, así como presentar las buenas prácticas realizadas por el Área Técnica de Salud del Inmigrante del SMS/POA con el fin de subsidiar políticas públicas para el acceso de la población migrante a la salud pública.

Palabras clave: Migrantes. Sistema Único de Salud (SUS). Porto Alegre. Políticas públicas. Buenas Prácticas de Salud.

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Institucionalmente, não existem restrições formais que impeçam a utilização do SUS por qualquer indivíduo, independente do país de origem. Entretanto, a hipótese deste artigo é que a esfera legal e administrativa não se faz suficiente no alcance da equidade em saúde, uma vez que as normativas jurídicas esbarram nas dificuldades enfrentadas pelas populações migrantes. A condição migratória, especialmente nas sociedades marcadas por injustiças, implica em vulnerabilidades que podem levar a desigualdades no acesso à saúde. Algumas dessas vulnerabilidades mencionadas na literatura estão relacionadas ao HIV, à tuberculose, aos cuidados pré-natal e neonatal e a questões de saúde mental (Collares, 2021).

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

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

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

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

Em Porto Alegre, segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA), em janeiro de 2020, cerca de 3.313 imigrantes estavam com cadastro ativo no Cartão Nacional de Saúde e acessavam a Atenção Primária à Saúde (APS) (Porto Alegre, 2021). Considerando a estimativa da Prefeitura Municipal

de Porto Alegre que aproximadamente 30 mil residem na cidade e 3.313 foram identificados com o Cartão do SUS, este número representa menos de 10% do total de imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiados no município. Observa-se que existe uma assimetria entre o número de imigrantes que moram em Porto Alegre e o número de imigrantes que acessam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os objetivos deste artigo, procura-se traçar o perfil sociodemográfico dos imigrantes e refugiados que estão vinculados na Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre e subsidiar políticas públicas para o acesso das populações migrantes à saúde pública no território nacional.

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

Ademais, a pesquisa é resultado do interesse desenvolvido durante a iniciação científica sobre saúde, migração e desenvolvimento humano, desde 2018, no âmbito do Grupo de Pesquisa sobre Refugiados, Imigrantes e Geopolítica (GRIGs), vinculado ao curso de Relações Internacionais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Para estabelecer o perfil sociodemográfico dos imigrantes vinculados à Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre³, foram coletados dados de forma detalhada e delimitada. Inicialmente, consideraram-se os registros dos imigrantes com cadastro ativo no Cartão Nacional de Saúde que buscaram atendimento na APS no município durante os anos de 2020 e 2021. Os dados coletados incluíram informações sobre os respectivos países de origem, faixas etárias e sexo/gênero dos indivíduos.

No entanto, é importante destacar que, para o estabelecimento desse perfil sociodemográfico, alguns dados não foram coletados, como informações sobre raça, estado civil e escolaridade dos imigrantes. Apesar de solicitadas, as referidas informações não foram disponibilizadas pela Área Técnica da Saúde do Imigrante, que compõe o Núcleo de Equidades da Coordenação de Políticas Públicas em Saúde - CPPS da Diretoria de Atenção Primária em Saúde - DAPS.

³ A caracterização sociodemográfica discutida neste artigo é parte integrante da pesquisa conduzida como Trabalho de Conclusão de Curso da autora. Para uma análise completa e mais detalhada, o Trabalho está disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/256631>

As nacionalidades haitiana, venezuelana, e senegalesa foram escolhidas para análise neste estudo devido às suas características distintas e representativas dentro das populações migrantes residentes em Porto Alegre. Cada uma dessas nacionalidades traz consigo contextos específicos que influenciam suas motivações migratórias e suas experiências no Brasil. Os haitianos, por exemplo, foram impulsionados pela busca de melhores condições de vida após desastres naturais devastadores em seu país de origem. Já os venezuelanos enfrentaram uma instabilidade política e econômica que levou muitos a buscar refúgio e oportunidades no Brasil. Por sua vez, os senegaleses migraram, predominantemente, em busca de trabalho e melhores perspectivas econômicas. A concentração da análise nessas três nacionalidades permitirá uma abordagem mais aprofundada sobre como diferentes fatores, como situações de crise, violência, e busca por oportunidades de trabalho, influenciam o acesso dessas populações à saúde pública em um contexto específico, oferecendo informações relevantes para o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas e efetivas para os imigrantes em Porto Alegre e em outras regiões do Brasil⁴.

Além da coleta inicial de dados, uma abordagem georreferenciada foi utilizada para mapear o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) nas diferentes Gerências Distritais de Porto Alegre por imigrantes haitianos, uruguaios, venezuelanos, colombianos, argentinos e senegaleses. Para isso, foi empregado o Software QGIS, permitindo a visualização, edição e análise dos dados georreferenciados. É relevante ressaltar que esse georreferenciamento refere-se aos mesmos usuários da coleta inicial, possibilitando uma análise mais detalhada das áreas de acesso à saúde por parte dos imigrantes.

Além disso, o estudo não se limitou apenas aos dados internos coletados no município de Porto Alegre, mas também incluiu comparações externas com dados gerais, como os do SISMIGRA, a fim de ampliar o entendimento das dinâmicas migratórias e suas relações com o acesso à saúde.

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

⁴ Uma breve justificativa para não incluir os dados da comunidade uruguaia e argentina no estudo se dá pela necessidade de destacar o viés racializado da migração. Embora o Uruguai e a Argentina sejam países vizinhos com uma considerável presença migratória no Brasil, a decisão de não incluí-los no escopo da pesquisa foi tomada para evidenciar os desafios e vulnerabilidades enfrentados por comunidades que frequentemente sofrem com discriminação e preconceito devido à sua origem racial e étnica.

MIGRAÇÃO E SAÚDE NA PRÁTICA: O CASO DE PORTO ALEGRE (RS)

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

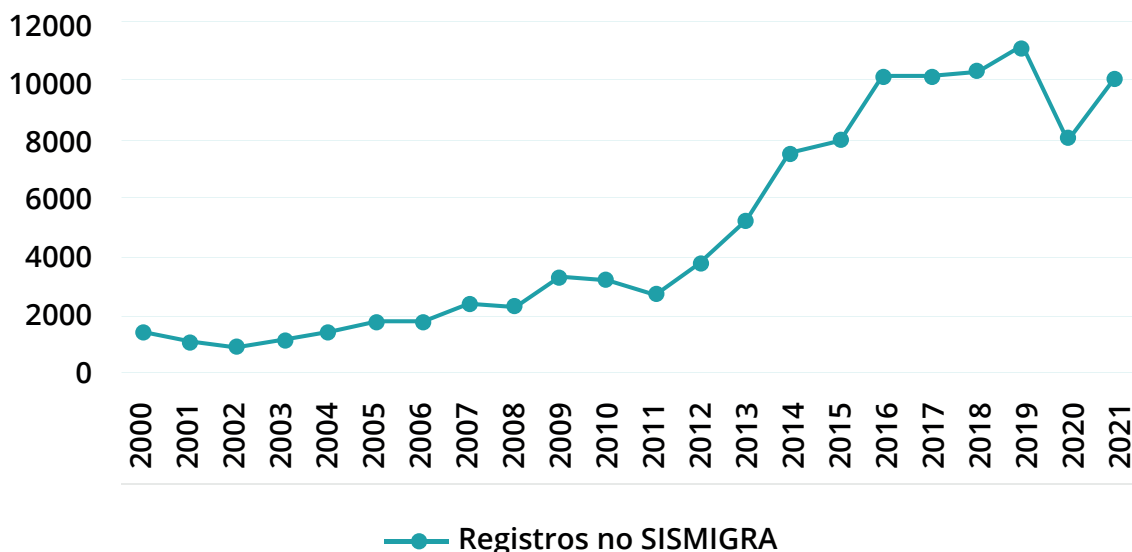
O Rio Grande do Sul, historicamente, constituiu-se como destino e polo de atração de fluxos migratórios. As primeiras migrações internacionais que ocorreram em direção ao estado, nos séculos XIX e XX, compostas predominantemente por alemães, italianos, espanhóis e poloneses, tinham objetivo de povoar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

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

O gráfico 1 apresenta a evolução dos cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) de imigrantes residentes no RS, entre os anos de 2000 a 2021, segundo as informações do Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA)⁵.

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

Gráfico 1 - Cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) de imigrantes residentes no RS - 2000 a 2021



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SISMIGRA

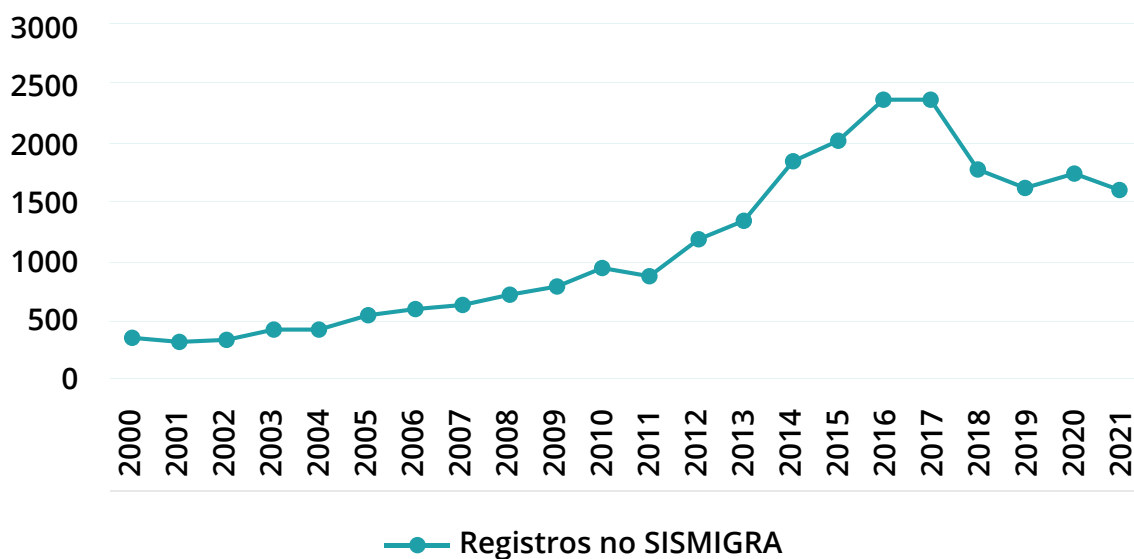
Apesar da evolução constante de imigrantes no estado do Rio Grande do Sul entre 2000 a 2010, observa-se um boom migratório nos anos de 2010 e 2014, caracterizado por um salto quantitativo expressivo (Uebel, 2016). De acordo com os números do SISMIGRA, os cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório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

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

O gráfico 2 apresenta a evolução dos cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) de imigrantes residentes no município de Porto Alegre, entre os anos de 2000 a 2021, segundo as informações do Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA).

⁶ Os números oficiais foram obtidos do levantamento realizado, em 2021, pelo Departamento de Economia e Estatística (DEE) da Secretaria Estadual de Planejamento, Governança e Gestão (SPGG). O estudo é baseado em três fontes de dados: o Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA), a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o Cadastro Único (CAD). Disponível em: <https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/24142804-nota-tecnica-perfil-dos-imigrantes-do-rs-1.pdf>

Gráfico 2 - Cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) de imigrantes residentes em Porto Alegre - 2000 a 2021



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SISMIGRA

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

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

Conhecer o perfil sociodemográfico dos imigrantes e refugiados é imprescindível para elaboração de políticas públicas efetivas e de qualidade, inclusive as de saúde. Conforme constatado por Carballo (2005), a análise das questões relacionadas com a saúde dos/as migrantes depende das características de quem migra, de onde se migra, de quando se migra, para onde se migra e qual o conceito de saúde que está a ser avaliado.

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

O próximo tópico pretende, portanto, apresentar o panorama do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela população migrante e refugiada em

Porto Alegre, destacando os aspectos sociodemográficos que influenciam na utilização (ou não) dos serviços públicos.

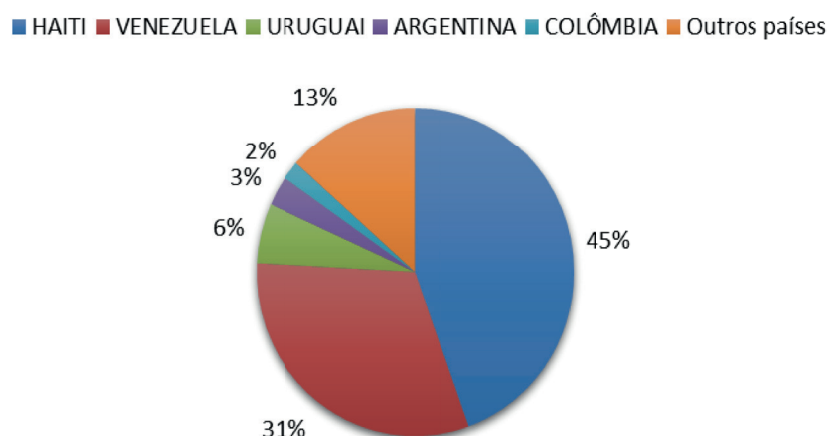
Perfil sociodemográfico das populações migrantes vinculadas à APS em Porto Alegre

Em Porto Alegre, segundo os dados da Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre (PROCEMPA), via Prontuário Eletrônico e-SUS da Atenção Básica (AB), em janeiro de 2020, cerca de 3.313 imigrantes estavam com cadastro ativo no Cartão Nacional de Saúde e acessavam a Atenção Primária à Saúde (APS) (Porto Alegre, 2021). Surge, então, o questionamento: quais os motivos da discrepância entre o número de imigrantes que moram em Porto Alegre e o número de imigrantes que acessam o Sistema Único de Saúde?

Preliminarmente, é preciso compreender o perfil sociodemográfico das populações migrantes no município e os fatores que interferem na utilização (ou não) dos serviços públicos. As informações que serão apresentadas a seguir correspondem aos dados obtidos através do Prontuário Eletrônico e-SUS da Atenção Básica (AB), referente ao período de 2020 e 2021. As informações foram disponibilizadas pela Área Técnica da Saúde do Imigrante, que compõe o Núcleo de Equidades da Coordenação de Políticas Públicas em Saúde - CPPS da Diretoria de Atenção Primária em Saúde - DAPS, após trâmite institucional e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/POA.

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

Gráfico 3 - Imigrantes vinculados à APS/POA, por país de origem (2020 - 2021)



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

Apesar de não corresponderem à totalidade de imigrantes em Porto Alegre, as informações do SISMIGRA são relevantes para mensurar o número de imigrantes que moram no município e o número de imigrantes que acessam o Sistema Único de Saúde. A Tabela 1 apresenta a quantidade de novos cadastros para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) de imigrantes residentes em Porto Alegre e a quantidade de imigrantes vinculados à APS/SUS na cidade, nos anos de 2020 e 2021.

Tabela 1 - Total de imigrantes registrados no SISMIGRA e total de imigrantes vinculados à APS/POA, por nacionalidade (2020 - 2021)

	2020	2021	2020	2021
	Total de Registros no SISMIGRA (Residentes em POA)	Total de Registros no SISMIGRA (Residentes em POA)	Total de Registros no SISMIGRA (Residentes em POA)	Total de imigrantes vinculados à APS/POA (Cadastros e-SUS)
Haiti	953	381	1334	959
Venezuela	356	871	1227	674
Uruguai	32	16	48	127
Argentina	42	43	85	63
Colômbia	79	63	142	40
Peru	45	32	77	22
Senegal	151	16	167	21
Cuba	0	37	37	15
Paraguai	23	18	41	10
Estados Unidos	13	62	75	4

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

Observa-se que os imigrantes do Senegal residentes em Porto Alegre, apesar de quantitativamente serem uma das principais populações do município, possuem baixos números de cadastros no e-SUS (ao contrário dos imigrantes do Haiti e da Venezuela)⁷.

⁷ É importante destacar que os dados do SISMIGRA apresentados referem-se a novos registros, no período de 2020 e 2021, e não o número acumulado de imigrantes residentes em Porto Alegre. Por sua vez, os dados dos cadastros do e-SUS são números acumulados.

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

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

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

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

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

Em consonância, pesquisa recente com dados da Matriz de Monitoramento de Deslocamento (DTM, na sua sigla em inglês) de refugiados e migrantes venezuelanos pelo Migration Policy Institute (MPI) e pela Organização Internacional para as Migrações (OIM) revelam que os indivíduos que se dirigiram aos vizinhos imediatos da Venezuela – Brasil, Colômbia, Guiana e Trinidad e Tobago – tendem a ter menor nível de escolaridade do que os venezuelanos que se mudam para outros países mais distantes e relatam acesso mais restrito à saúde e a serviços de saúde mental. A maioria manifestou a intenção de permanecer nesses países (OIM, 2020).

Os três principais fluxos migratórios - senegaleses, haitianos e venezuelanos - procuram no Brasil melhores condições de vida e incremento na renda.

No entanto, uma semelhança importante entre a população haitiana e a população venezuelana diz respeito à expectativa de construção de um projeto de vida familiar no Brasil, devido às remotas chances de crescimento econômico nos seus países de origem.

A população senegalesa, por sua vez, configura um padrão diferente. Kleidermacher (2013) defende que as migrações senegalesas recentes são frutos de estratégias familiares e formas de promoção do status socioeconômico da unidade familiar. Ou seja, a família investe recursos expressivos para o indivíduo que tem o perfil masculino e jovem e, em contrapartida, as remessas monetárias são enviadas para o país de origem como uma obrigação moral pelos sujeitos migrantes (Kleidermacher, 2013).

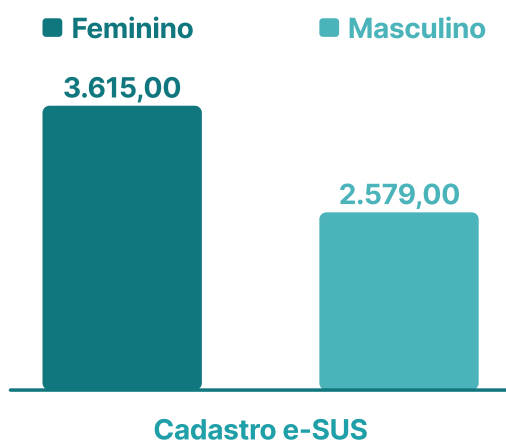
As características mencionadas sobre os diferentes perfis sociodemográficos das populações migrantes são relevantes para refletir acerca do acesso aos serviços públicos, inclusive os de saúde. Um imigrante que se desloca com a família terá uma dinâmica de acesso aos serviços diferente em comparação com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

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

Sendo assim, outro aspecto relevante é a diferença de gênero no acesso à saúde pública pelas populações migrantes em Porto Alegre. No período de 2020 a 2021, os registros do gênero “feminino” corresponderam a 52% e os registros do gênero “masculino” a 48% do total de imigrantes vinculados à Atenção Primária em Saúde.

Gráfico 4 - Imigrantes vinculados à APS/POA, por gênero (2020 - 2021)

Cadastro Individual (e-SUS) 2020-2021



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

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

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

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

As informações sob o recorte de gênero permitem analisar o padrão de acesso dos senegaleses, haitianos e venezuelanos à saúde. A Tabela 2 evidencia que, entre a população venezuelana e a população haitiana, as mulheres foram as que mais estiveram vinculadas à APS em Porto Alegre nos anos de 2020 e 2021. Referente à população senegalesa, foram identificados registros de 20 (vinte) homens e 1 (uma) mulher no mesmo período; números expressivamente baixos, haja vista a população total de senegaleses que residem no município.

Tabela 2 - Total de imigrantes haitianos, venezuelanos e senegaleses vinculados à APS/POA, por gênero (2020 - 2021)

	Total (2020-2021)	
	Feminino	Masculino
Haiti	503	457
Venezuela	354	323
Senegai	1	20

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

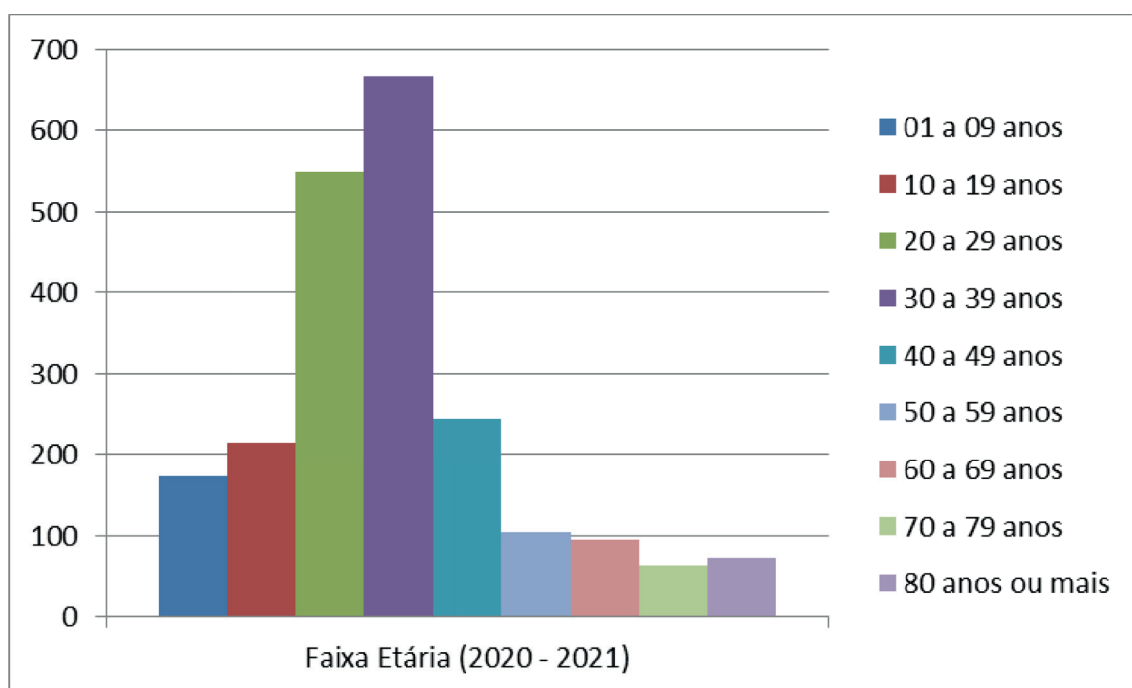
A migração laboral senegalesa não é recente; ao contrário, autores como Kleidermacher (2013) argumentam que é um fenômeno recorrente na sociedade senegalesa, impulsionado pela colonização e pela organização do Estado. Além disso, cerca de 94% da população senegalesa é muçulmana e as mulheres praticamente não fazem parte da população economicamente ativa - o que pode explicar o perfil migratório masculino (Uebel, 2016).

No caso da população haitiana, principalmente após o boom de 2014, acentuou-se a participação de mulheres nos fluxos migratórios, assim como idosos e crianças. Os venezuelanos, de forma semelhante, tendem a migrar com familiares. De acordo com a pesquisa "Perfil Sociodemográfico e Laboral da Migração Venezuelana no Brasil", a maioria dos imigrantes venezuelanos não pretende retornar tão cedo à Venezuela, o que sinaliza a permanência em solo brasileiro por tempo indeterminado (Simões et al., 2017).

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

Outro resultado encontrado, com base nos dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA), diz respeito às faixas etárias dos imigrantes e refugiados que acessam os serviços de saúde em Porto Alegre, conforme a Gráfico 5.

Gráfico 5 - Imigrantes vinculados à APS/POA, por faixa etária (2020 - 2021)

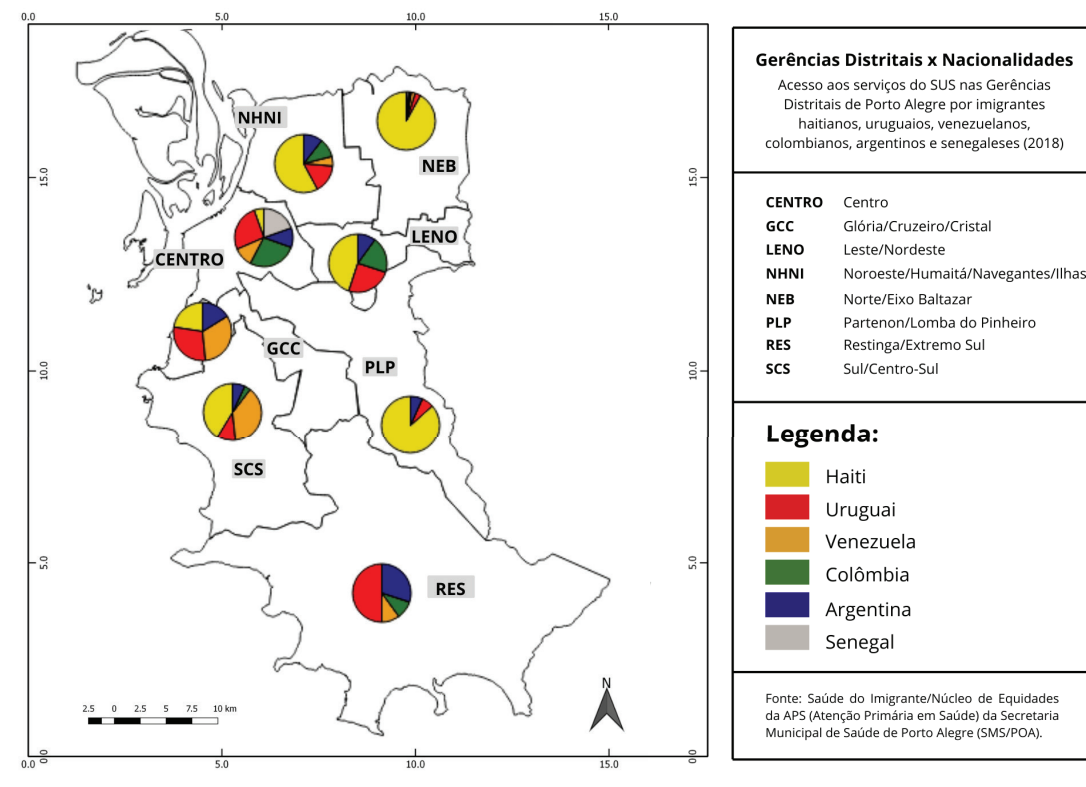


Fonte: Elaboração própria com base em dados da Área Técnica da Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA)

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

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

Mapa 1: Acesso aos serviços do SUS nas Gerências Distritais de Porto Alegre (2018)



Fonte: Elaborado pelo estudo com base em dados da Área Técnica da Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA), através do Software QGIS

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

Centro, o que provavelmente está relacionado com a atividade comercial dos imigrantes senegaleses na região central de Porto Alegre.

É possível afirmar que os serviços de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre estão regionalizados de forma a terem equipes atuantes em todos os locais onde residem migrantes. Inserir-se no território, constituindo relações pró-ativas com a comunidade de sua responsabilidade, favorece o estabelecimento mais efetivo do cuidado em saúde, pois, além de permitir identificar problemas e priorizar intervenções, cria vínculos contínuos com os assistidos, possibilitando individualizar suas necessidades e organizar processos particulares de cuidado (Carneiro Junior et al., 2010).

Dados da Plataforma MigraCidades

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

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

Figura 1 - 10 Dimensões De Governança Migratória Local



Fonte: MIGRACIDADES, 2020

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Elaboração própria com base em Diagnósticos MigraCidades 2020

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

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

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

situação do paciente, acaba comprometido o encaminhamento correto da pessoa migrante conforme suas particularidades - que podem envolver questões culturais, de gênero e de violência e acarretar deficiências também nessas áreas.

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

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

Fonte: Elaboração própria com base em Diagnósticos MigraCidades 2020

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

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

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

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

Fonte: Autoria própria com base em Diagnósticos MigraCidades 2020

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

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

afetam os migrantes e refugiados no acesso aos serviços de saúde (como, por exemplo, condições de trabalho análogas à escravidão, barreiras linguísticas, etc), além de encontrar soluções inclusivas para tais obstáculos.

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

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

Fonte: Elaboração própria com base em Diagnósticos MigraCidades 2020

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

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

Boas Práticas: Projeto Anfôm e Mediadores Interculturais

Na seção anterior, foram apresentadas as respostas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre ao Formulário para Verificação de Dimensões de Governança Migratória no Âmbito Local, promovido pelo MigraCidades. Um ponto positivo sinalizado por Porto Alegre é a existência de um setor ou referência local na gestão, dedicado à promoção do acesso à saúde pelas populações migrantes. No ano de 2018, foi instituída a nova estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, através do Decreto nº 20.11, criando a Área Técnica da Saúde do Imigrante, Refugiados e Apátridas/Núcleo de Equidades da Coordenação de Políticas Públicas em Saúde - CPPS/APS/SMS.

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

No âmbito do Núcleo de Equidades estão inseridas as ações para a elaboração de uma Política de Saúde do Imigrante. Em entrevista para o terceiro volume da Revista *Limiares: Migração Vista pelo Sul*, Rita Buttes, coordenadora da Política de Saúde do Imigrante da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, e Gabriela Loss Lize, então residente em Saúde Coletiva, pontuaram que a construção de uma Política de Saúde para Imigrantes, Refugiados e Apátridas deve ser pautada no respeito, na informação, na valorização cultural e na garantia dos direitos desta população (Buttes e Lize, 2020).

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

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

Na área da saúde, a atuação do Núcleo de Equidades da SMS/POA vem possibilitando efetivar um trabalho assertivo e eficiente no atendimento das demandas da população migrante, inclusive no que se refere à construção de uma base de dados e capacitações com os profissionais de saúde do município.

A partir de 2018, o setor firmou parcerias e estabeleceu programas com o objetivo de garantir o direito das populações migrantes à saúde. Uma dessas ações foi o Projeto Anfòm, parceria entre o Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão sobre Migrações da UFRGS (NEPEMIGRA), a área técnica Saúde do Imigrante/Núcleo de Equidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Projeto Parte de Comunicação Popular e um grupo de 4 mediadoras interculturais haitianas, cujas experiências, perspectivas e conhecimentos diretos das necessidades dos imigrantes desempenharam um papel fundamental na criação de materiais informativos relevantes e culturalmente sensíveis.

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

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

Figura 2 - Cartaz bilíngue contendo o fluxo de atendimento aos Imigrantes, Refugiados e Apátridas na Atenção Primária em Saúde do SUS

Dwa Imigran yo, Refijye ak Apatriye yo nan Zafè Lasante
Fluxo de atendimento de Imigrantes, Refugiados e Apátridas na Atenção Primária em Saúde

Imigran yo, Refijye ak Apatriye yo gen dwa pou gen aksè a Sistèm Lasante a gratis, menm jan ak moun ki fèt nan peyi a, menm si lap viv nan kondisyon imigran, selon sak ekri nan prensip Sistèm Sante Inik (SUS) nivèsèl la, entegral e chèk transparans dapre lwa 8.080/90 ak lwa imigrasyon yo nimewo 13.445/17.

Imigrantes, Refugiados e Apátridas têm direito ao acesso à saúde gratuita, assim como os nacionais, independente da sua condição migratória e documental, conforme regem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade, de acordo com a Lei 8.080/90 e a Lei de Migrações nº 13.445/17.

Sa pa dwe yon pwoblèm pou yo fè Kat Nasyonal Sante a (CNS) pou imigran an epitou pou bal sèvis nan sant sante a sil pa gen dokiman.

A falta de documento NÃO deve impedir que imigrantes tenham atendimento em saúde e a criação do CNS.

Dokiman Idantifikasyon:
Documentos de identificação:

- Paspò
- Kanè travay
- CPF
- Pwotokòl refij la
- Pwotokòl pouw ret nan peyi a
- Kat idantite (ki gen foto ladani)
- Katon Rejis Nasyonal Imigran an (CRNM), cubyen katon Rejis
- Nasyonal Imigran ki fenik vini an (RNE).
- Passaporte;
- Carteira de Trabalho;
- CPF;
- Protocolo de Solicitação de Refúgio;
- Carteira de identidade (com foto)
- Protocolo de Solicitação de Moradia;
- Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM);
- Registro Nacional de Estrangeiro (RNE).

Epitou yon papye ki ekris adrès kay ou rete a: (papye oubyen resi ou paye Limyè, Dlo, Telefon) - Resi a pa tèlman bezwen gen non imigran an ladani, e sil pa ta fèt sou non, lap bezwen deklarasyon mèt kay kotèl rete a. Mèt kay la ap ekri nan papye a ak mien pou di se la imigran an rete.

Comprovante de Residência (pode ser conta de luz, água ou telefone) - Esse comprovante não precisa estar no nome do imigrante e na ausência desse, serve a declaração escrita a punho do residente do imóvel, referindo o endereço.

Sak CNS la e Kijan ka fèl?
O que é o CNS e como emití-lo

Sizankaw pa ta gen dokiman nan menw pouw fèl, li posib pouw fè yon kat nasyonal sante (CNS) pou yon ti bout tan. Wap ka fèl sèlman ak nonw epi ak dat ou ta fèt la. Lap sèviw pouw fè konsiltasyon ak egzamen nan Sistèm sante piblik la. Pa blije ke aprè sa, li posib - e epitòtan tou pouw retè katon SUS ou a. Wap bay yonn nan dokiman sa yo ki ka idantifyew (paspòw, kanè travay ou a, katon rejis nasyonal ou a...) ak yon papye ki gen adrès kay katèw rete a.

Caso o imigrante não tenha documentos em mãos é possível emitir um CNS temporário que pode ser feito com seu nome e data de nascimento. Vale lembrar que depois é possível - e importante - informá-lo da necessidade de atualizar seu cartão SUS adicionando as demais informações solicitadas. Para completar seu cadastro basta que ele/ela, em outro momento, apresente qualquer um dos documentos de identificação ao lado e um comprovante de residência.

Akèy
Acolhimento

Sizankaw ta gen yon pwoblèm pouw fè CNS, kontakte Sekretè Minisipal Lasante a nan Zòn Teknik pou Sante Popilasyon Imigran yo nan Imèl sa a: saudedoimigrante.sms@gmail.com oubyen rele nan telefòn sa a: (51) 3289- 2894. Em caso de dificuldade contate a Secretaria Municipal da Saúde / Área Técnica de Saúde da População Migrante: E-mail: saudedoimigrante.sms@gmail.com e telefone (51) 3289-2894.

AINTESO Associação de Integração Social
NEPEMIGRA
projeto parte
SUS
Prefeitura de Porto Alegre SECRETARIA DE SAÚDE

Fonte: Projeto Anfòm, 2021

Aproximadamente 200 cartazes (vide Figura 2) foram impressos e entregues nas Unidades Básicas de Saúde, nas Gerências Distritais, na Defensoria Pública da União (DPU), no Hospital Pronto Socorro (HPS), assim como nos diversos serviços da rede de atenção que relacionam-se direta ou indiretamente com o tema da migração.

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

Ressaltamos, aqui, aquela considerada a maior revolução protagonizada pelo Projeto Anfòm: a sua metodologia, focada na escuta radical do grupo de mediadoras interculturais, tomando-as não como meras tradutoras do que foi elaborado por um grupo de especialistas, mas como protagonistas desse grupo. O Anfòm esteve pautado na noção formulada por Marcia Vera Espinoza (2020), pesquisadora chilena, de que “refugiados são especialistas de sua condição”, uma vez que os materiais informativos bilíngues produzidos no âmbito do Projeto não foram pensados apenas para imigrantes, mas sim com e por eles.

Poucos meses depois do lançamento do Anfòm, a Prefeitura Municipal instituiu os Mediadores Interculturais, projeto criado com o objetivo de facilitar o acesso de imigrantes aos serviços do SUS. Atualmente, os mediadores haitianos Youdeline Obas e Jean Junior Thevenin, a senegalesa Absa Wade e o venezuelano Gabriel Arias estabelecem o primeiro contato com imigrantes e refugiados, auxiliando-os a se conectar com os profissionais de saúde e garantem que recebam um atendimento adequado. O trabalho envolve pré-agendamento, acompanhamento dos imigrantes durante as consultas e hospitalizações, assim como promoção de campanhas de vacinação.

Figura 3 - Mediadores Interculturais



Foto: Cristine Rochol/PMPA

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

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

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

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

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

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

As ações da Área Técnica da Saúde do Imigrante não estão dissociadas dos princípios doutrinários do SUS e de suas políticas já existentes; ao contrário, o Projeto Anfòm e o Projeto Mediadores Interculturais contemplam as necessidades e as particulares da condição migratória. É preciso reconhecer a existência de grupos que não são integralmente atingidos pelas ações de saúde para, então, reformular os processos técnico-assistenciais no interior dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso universal à saúde, sem discriminação, é um direito brasileiro disposto na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde e em diversas normativas do Ministério da Saúde. Entretanto, tornar esse direito uma realidade requer a elaboração e execução de políticas públicas que minimizem as desigualdades e promovam escolhas significativas para a existência das pessoas.

Nesse contexto, é fundamental reconhecer que o acesso à saúde pública não se limita a portar o Cartão do SUS ou ao conhecimento das garantias jurídicas, especialmente em sociedades marcadas pela desigualdade social, onde obstáculos à equidade social e institucional privam os cidadãos de uma vida digna, revelando a existência de injustiças e ausência de liberdades substantivas que afetam negativamente as políticas de desenvolvimento (Zamban, 2014).

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) também enfrente possíveis deficiências entre a população nacional, essas questões são acentuadas nas populações migrantes. A situação migratória implica vulnerabilidades, como a discriminação, a falta de redes de suporte, barreiras linguísticas, choques culturais, exclusão, entre outros fatores mencionados ao longo do artigo.

É crucial reconhecer que os dados sobre o acesso de imigrantes e refugiados ao SUS em Porto Alegre evidenciam que esse grupo não deve ser tratado como homogêneo, desconsiderando suas particularidades. Os diferentes índices de vinculação à Atenção Primária em Saúde estão relacionados ao panorama das migrações para o estado do Rio Grande do Sul e para a capital gaúcha, ressaltando a importância de conhecer o perfil sociodemográfico dos imigrantes e refugiados para a elaboração de políticas efetivas e de qualidade.

No âmbito municipal, Porto Alegre recentemente aprovou a Política Municipal para Migrações e a construção de políticas públicas consolidadas e interinstitucionais para as populações migrantes está em processo. Já podem ser identificados avanços, principalmente com a atuação da Área Técnica da Saúde do Imigrante, que compõe a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA). Iniciativas como o Projeto Anfôm e o Projeto Mediadores Interculturais na Atenção Primária à Saúde têm pautado o respeito, a valorização cultural e a garantia dos direitos de imigrantes e refugiados.

A compreensão da complexidade dos determinantes que envolvem a saúde das pessoas migrantes é crucial para a construção de programas mais efetivos. Em nível nacional, embora ainda não exista uma Política Nacional de Saúde Integral da População Migrante e Refugiada no Brasil, o Ministério da Saúde reconhece a iniquidade no acesso e assistência à saúde para esse grupo. Em meio ao atual cenário, a busca por uma política pública nacional definida e pautada na garantia do exercício de direitos, por meio da participação social democrática, se torna ainda mais importante para compreender as demandas e reais necessidades das populações migrantes do país.

As políticas públicas possuem a potencialidade de corrigir as desigualdades impostas aos migrantes, especialmente ao considerar a racialização das discussões que envolvem o acesso a direitos básicos, inserção laboral, integração e acolhimento de imigrantes, apátridas, refugiados e solicitantes de refúgio. Superar estereótipos de superioridade racial, nacional, étnica e de gênero fortalece o avanço das relações da sociedade brasileira enquanto receptora dos fluxos migratórios.

Por fim, é fundamental reafirmar a importância do desenvolvimento contínuo de estudos sobre as populações migrantes residentes no Brasil, incluindo o âmbito do atendimento em saúde. Trabalhos científicos concluídos e em produção estão subsidiando políticas públicas para o acesso dos imigrantes à saúde pública no território nacional, respondendo às necessidades e expectativas dessas populações. Com os avanços recentes nas políticas municipais e nacionais, é possível esperar uma abordagem mais abrangente e efetiva para garantir o acesso à saúde das populações migrantes e refugiadas, promovendo uma sociedade mais justa, igualitária e acolhedora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batista, Delma Riane Rebouças, Gugelmin, Silvia Angela, Muraro, Ana Paula (2018). Prenatal follow-up of Haitian and Brazilian women in Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18, 317–326. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/Rp5SZVsmXQgsV3DrZcbKf6C/abstract/?lang=pt> Acesso em: 01 set. 2023

Brasil (1980). *Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração*. Revogada pela Lei nº 13.445, de 2017. Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6815.htm Acesso em: 01 set. 2023

Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* de 05 de outubro de 1988. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 01 set. 2023

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

Brasil (2009). Decreto nº 6.975, de 7 de outubro de 2009. Promulga o Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Partes do Mercado Comum do Sul – MERCOSUL, Bolívia e Chile. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6975.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (2011). *Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)*. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html

Brasil (2017). *Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm

Buttes, Rita, Wainstein, Vargas Leonardo e Winch, Mariane (2021). Mediadores Interculturais na APS: Acesso e Acolhimento no SUS. *APS Redes*. Recuperado de <https://apsredes.org/aps-forte-no-sus/mediadores-interculturais-na-aps-acesso-e-acolhimento-no-sus/>

Buttes, Rita e Lize, Gabriela (2020). Panorama da Política de Saúde do Imigrante em Porto Alegre. *Revista Limiares*, 3 (1), 76-81. Recuperado de <https://www.ufrgs.br/nepemigra/revista-limiares-edicao-especial/>

Carballo, Manuel e Mboup, Mourtala (2005). *International migration and health. Global Commission on International Migration (GCIM)*, pp. 1-15. Recuperado de <https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/2018-07/TP13.pdf>

Carneiro Junior, Nivaldo, De Jesus, Christiane Herold e Crevelim, Maria Angélica (2010). Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, 19 (3), 709–716. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rGJJP8SyB7SvhG8JnJStH4c/abstract/?lang=pt>

Centro Ítalo Brasileiro De Assistência e Instrução às Migrações (CIBAI) (2019). *Relatório 2019: A missão junto a imigrantes em Porto Alegre e região*. Recuperado de <https://missaopompeia.com/relatorio/>

Cavalcanti, Leonardo, De Oliveira, Tadeu e Silva, Bianca (2021). *Imigração e refúgio no Brasil: Retratos da década de 2010*. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Recuperado de https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/Relat%C3%B3rio_Anual/Retratos_da_De%CC%81cada.pdf

Collares, Ana Cristina (2021). A migração e acesso à saúde no Brasil: uma análise dos recursos municipais no atendimento à saúde dos migrantes. Em L. Cavalcanti, A. T. Oliveira, & B. G. Silva (Eds.), *Relatório Anual 2021 - 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e refúgio no Brasil*. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Recuperado de https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/Relat%C3%B3rio_Anual/Retratos_da_De%CC%81cada.pdf

Fleury, Cláudia (2023). *Mediadores interculturais auxiliam 75 imigrantes no primeiro mês do programa da Saúde*. Porto Alegre. Recuperado de <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/mediadores-interculturais-auxiliam-75-imigrantes-no-primeiro-mes-do-programa-da-saude>

Guilherme, Ana Julia (2017). Imigrantes haitianos e senegaleses no Brasil: trajetórias e estratégias de trabalho na cidade de Porto Alegre – RS. *Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)*, UFRGS. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/172969>

Herédia, Vânia (2015). *Migrações internacionais: o caso dos senegaleses no sul do Brasil*. 1ª ed. Caxias do Sul: Quatrilho.

Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística (IBGE) (2019). *Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)*. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados>

Jannuzzi, Paulo de Martino (2016). *Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas*. Campinas, Brasil: Alínea.

Kleidermacher, Gisele (2013). Entre confradías y venta ambulante: una caracterización de la inmigración senegalesa en Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, n. 38, 109–130

Ministério da Saúde (2022). *Cartão Nacional de Saúde*. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/cns>
Acesso em: 01 set. 2023

Organização Internacional para as Migrações (OIM) (2019). *Estudo da ONU aponta aumento da população de migrantes internacionais*. Recuperado de <https://brazil.iom.int/pt-br/news/estudo-da-onu-aponta-aumento-da-populacao-de-migrantes-internacionais#:~:text=Tr%C3%AAs%20em%20cada%20quatro%20migrantes,Europa%20e%20Am%C3%A9rica%20do%20Norte>.

Organização Internacional para as Migrações (OIM) (2020). *Perfil dos venezuelanos na América Latina e no Caribe revela variações de país para país*. Recuperado de <https://brazil.iom.int/pt-br/news/perfil-dos-venezuelanos-na-america-latina-e-no-caribe-revela-variacoes-de-pais-para-pais>.

Porto Alegre (2021). *Saúde do Imigrante: Perfil epidemiológico dos países de origem dos imigrantes em maior frequência no município de Porto Alegre*. Coordenação de Políticas Públicas em Saúde - CPPS/DAPS. Recuperado de http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/saude_imigrante_perfil_epidemio.docx.pdf

Simões, Gustavo da Frota, Silva, Leonardo Cavalcanti da. Oliveira, Antônio Tadeu Ribeiro de Moreira, Elaine Camargo, Júlia Faria e Furtado, Ailton José Lima Martins (2017). *Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil*. Curitiba: CRV. Recuperado de https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes/Perfil_Sociodemografico_e_laboral_venezuelanos_Brasil.pdf

Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA) (2022). *Microdados. Portal de Imigração*. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Recuperado de <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/microdados/1733-obmigra/dados/microdados/401205-sismigra>

Uebel, Roberto Rodolfo Georg (2015). Análise do perfil socioespacial das migrações internacionais para o RS no início do século XXI: redes, atores e cenários da imigração haitiana e senegalesa. *Dissertação (Mestrado em Geografia)*, UFRGS. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/117357>

Uebel, Roberto Rodolfo Georg (2016). O redirecionamento da política externa brasileira para imigrantes e refugiados: o caso da imigração haitiana no início do século XXI. *Estudos Internacionais: Revista de Relações Internacionais da PUC Minas*, 4 (1), 27-44. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/estudosinternacionais/article/view/P.2317-773X.2016v4n1p27>

Velleda, Luciano (2021). Projeto da Prefeitura quer ampliar e qualificar o atendimento de imigrantes na rede de saúde da Capital. *Jornal Sul21*. Recuperado de <https://sul21.com.br/noticias/saude/2021/11/porto-alegre-cria-mediadores-interculturais-para-ajudar-imigrantes-no-acesso-a-saude/>

Zamban, Neuro José (2014). A teoria da justiça de Amartya Sen: As capacidades humanas e o exercício das liberdades substantivas. *EPISTEME*, 34 (2), 47-70. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242014000200004

Mulheres haitianas no sistema de saúde brasileiro: a importância da interpretação comunitária

Mujeres haitianas en el sistema de salud brasileño: la importancia de la interpretación comunitaria

Susana Martínez Martínez¹
Kenderloude Siméon²
Gabriela Carvalho Teixeira³

RESUMO

A diversidade dos fluxos migratórios no Brasil nas últimas décadas amplia as situações de multilinguismo, as quais desafiam os serviços públicos brasileiros. Este artigo reflete como a interpretação comunitária facilita o acesso à saúde e melhora o atendimento das mulheres haitianas na rede de saúde pública do Distrito Federal, garantindo-lhes uma saúde de qualidade. Foram analisadas as observações participantes das autoras no atendimento e no acompanhamento como mediadoras sociolinguísticas e transculturais de mulheres haitianas em diversos serviços de saúde em dois períodos diferentes: entre fevereiro de 2019 e março de 2020, e entre abril de 2022 e fevereiro de 2023. Os resultados da pesquisa mostraram a importância de incorporar os serviços de interpretação comunitária no SUS, como

¹ Doutora em Ciências Sociais- Estudos Latino-Americanos, Universidade de Brasília. Professora Adjunta do Departamento de Línguas Estrangeiras e Tradução, e Professora Credenciada do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - Estudos Comparados sobre as Américas, na Universidade de Brasília. Co-líder do grupo de pesquisa e de extensão Mobilang. E-mail: laresu@hotmail.com. Red académica: <https://orcid.org/0000-0001-7537-1883>

² Acadêmica de enfermagem pela Universidade de Brasília. Pesquisadora bolsista no Projeto "Uso da internet para estratégias de tradução, disseminação e mobilização do conhecimento no cuidado urológico infantil", participante do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e participante do grupo de pesquisa e de extensão Mobilang. E-mail: lourdy0093@gmail.com Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-3488-2182>

³ Psicóloga pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para Saúde na Escola de Governo Fiocruz/Brasília (2022-2024). Colaboradora na Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (FENAMI). Vice-presidente no Conselho Estadual dos Direitos dos Refugiados, Migrantes e Apátridas do Paraná (CERMA-PR). E-mail: teixeira.gabriela@gmail.com. Red académica: <https://orcid.org/0009-0008-1804-1472>

forma de garantir os direitos das pessoas imigrantes à saúde, uma vez que potencializam o diálogo entre usuária e profissional de saúde, bem como a compressão das redes de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Mulheres haitianas. Migração internacional. Multilinguismo. Serviços de saúde. Interpretação comunitária.

RESUMEN

La diversidad de flujos migratorios en Brasil en las últimas décadas aumenta las situaciones de multilingüismo que desafían los servicios públicos brasileños. Este artículo refleja cómo la Interpretación Comunitaria logra facilitar el acceso a la salud y mejorar la atención de las mujeres haitianas en la red de salud del Distrito Federal, garantizándoles una salud de calidad. Se analizaron las observaciones participantes de las autoras en la atención y acompañamiento como mediadoras sociolingüísticas y transculturales de mujeres haitianas en diversos servicios de salud en dos períodos diferentes: entre febrero de 2019 y marzo de 2020, y entre abril de 2022 y febrero de 2023. Los resultados de la investigación mostraron la importancia de la incorporación de los servicios de interpretación comunitaria en el SUS para garantizar los derechos de las personas inmigrantes a la salud, ya que potencializan el diálogo entre usuaria y profesional de salud, así como el entendimiento de las redes sanitarias en Brasil.

Palabras-clave: Mujeres haitianas. Migración internacional. Multilingüismo. Servicios de salud. Interpretación comunitaria.

INTRODUÇÃO

A prestação de serviço público no Brasil, atende no século XXI, uma sociedade mais diversa, multilíngue e multicultural. Nas últimas décadas, novos fluxos migratórios vêm compondo as paisagens urbanas e rurais brasileiras. As barreiras linguísticas já existentes entre servidores públicos e usuários dos serviços do SUS, se acentuam com a chegada de imigrantes, dentre eles as mulheres haitianas. As diferentes experiências com sistemas de saúde no país de origem, as diferenças linguísticas e as especificidades culturais podem dificultar a assistência à saúde dessas mulheres e a garantia de acesso a seus direitos básicos.

A interpretação comunitária e os serviços de mediadoras e mediadores sociolingüísticos e transculturais têm contribuído para reduzir essas barreiras e melhorar os atendimentos de mulheres haitianas no Distrito Federal. Este serviço, porém, vem sendo oferecido de forma voluntária, por meio de grupos

de pesquisa e projetos de extensão da Universidade de Brasília. Este artigo reflete a importância do serviço de interpretação comunitária desenvolvido com mulheres haitianas na rede de saúde do Distrito Federal.

Na primeira parte do artigo, apresentamos um panorama das migrações contemporâneas no Brasil, especialmente das haitianas, além de destacar a importância de promover reflexões sobre as mulheres dentro dos estudos migratórios. Na segunda parte descrevemos o Sistema Único de Saúde (SUS) e o seu relacionamento com populações em situação de vulnerabilidade social, como as mulheres imigrantes haitianas. A terceira parte discorre sobre o conceito de interpretação comunitária, na mediação sociolinguística e transcultural, e sua relevância na atuação com populações em situação de mobilidade. Posteriormente passamos a descrever a metodologia e o perfil sociolinguístico das imigrantes haitianas assistidas. Por fim, apresentamos e analisamos diversos casos de interpretação comunitária com mulheres haitianas no sistema de saúde do Distrito Federal que nos orientam para a importância de fortalecer esse serviço.

MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS NO BRASIL: O CASO DAS MULHERES HAITIANAS

Nas últimas décadas, o Brasil é convocado a se haver com o desafio dos novos fluxos migratórios, compostos majoritariamente por populações do denominado Sul Global, diferentemente daqueles dos séculos XIX e XX, provenientes principalmente da Europa e subsidiados pelo Governo brasileiro. O Distrito Federal, assim como as outras unidades federativas do país, tem visto mudar suas paisagens sociais para modelos mais multiculturais e multilíngues a partir do século XXI. A presença cada vez mais expressiva de imigrantes haitianos, venezuelanos, bengaleses, afegãos, ucranianos, entre outras nacionalidades, coloca novos desafios ou intensifica desafios já existentes para as equipes que prestam serviços públicos à população brasileira, sendo as barreiras linguísticas e culturais os principais impedimentos para atingir um atendimento adequado e a garantia do exercício pleno dos direitos humanos das pessoas em situação de mobilidade no território brasileiro. Em especial na área da saúde, esses desafios requerem ferramentas específicas para garantir a assistência à saúde das mulheres imigrantes, as quais se destacam nos atendimentos de saúde e assistência social, principalmente em situações de gravidez e a partir dos papéis sociais atribuídos a elas como cuidadoras nas famílias.

Uebel e da Silva (2019) argumentam que o Brasil, como país emergente, acaba se constituindo um país de destino ou de trânsito, por conta da crise econômica que atingiu aos Estados Unidos e a Europa em 2007. Esta característica se acentua com o terremoto em 2010 no Haiti e posteriormente com a crise econômica da Venezuela, junto com dois eventos internacionais

celebrados no país: a Copa da Federação Internacional de Futebol (FIFA) em 2014 e a Olimpíada em 2016 (Martínez Martínez, 2020). Santos e Rossini (2018) indicam que essas populações imigrantes se concentram em três estados brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná. Porém, os demais estados também são impactados pelos fluxos migratórios, esta é a realidade do Distrito Federal.

A mudança nas características dos novos fluxos migratórios, que se enquadram também num contexto internacional de debates sobre direitos humanos das pessoas em situação de mobilidade, levou o Estado e a sociedade brasileira a modificar sua legislação em matéria migratória, substituindo em 2017, o Estatuto do Estrangeiro, redigido na ditadura militar brasileira, com um foco na segurança nacional, pela atual Lei de Migração, Lei nº 13.445/2017⁴, voltada à garantia dos direitos de imigrantes.

O silenciamento da contribuição das mulheres na história como sujeitos ativos, e na pesquisa científica como objetos de pesquisa nos mais diversos âmbitos, tem tido seu reflexo nos estudos migratórios. Assim, nas últimas décadas escutamos que está havendo uma feminização das migrações no mundo, porém Pamela Sharpe (2002) evidenciou que as mulheres sempre estiveram presentes nos fluxos migratórios, ao longo da história, com momentos nos quais superaram os homens, e Reyes (2002) destacou que, no continente latinoamericano, as migrações internas têm sido historicamente lideradas pelas mulheres.

A pesquisa de Stafford (1984) mostrou um número maior de mulheres haitianas, em relação aos homens haitianos imigrantes, em Nova York depois da Segunda Guerra Mundial, motivado pela oferta de trabalho para empregadas domésticas internas na cidade. Tonhati e Pereda (2021) destacam que as migrações do século XXI para o Brasil foram mais masculinizadas no início, mas o fluxo das mulheres haitianas cresceu de forma contínua a partir de 2013. Reconhecer, visibilizar e estudar a migração feminina é necessário para poder elaborar e implementar políticas públicas que visem a garantia dos direitos dessas mulheres, já estabelecidos pela legislação vigente brasileira.

A República do Haiti é um país com uma histórica tradição de emigração, tratando-se de uma das diásporas mais consolidadas do mundo. Handerson Joseph (2017) distingue as diferentes etapas na conformação da diáspora haitiana, indicando que o Brasil passou a fazer parte de forma substantiva das rotas migratórias haitianas a partir de 2010, com o terremoto que assolou a capital Porto Príncipe. Só entre os anos 2019 e 2022 houve 44.527 novos registros de cidadãos haitianos no Brasil, sendo 461 no Distrito Federal.

⁴ BRASIL. Lei n. 13.445 de 24 de maio de 2017. Lei de Migração. [Internet]. Brasil; 2017. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm

Dentre eles, mais da metade eram mulheres: 31.808 imigrantes haitianas no Brasil, sendo 273 no Distrito Federal⁵.

Martínez Martínez (2023) argumenta que o silenciamento das mulheres como agentes migratórios e objetos de pesquisa, e as dificuldades no passado para incorporar um recorte de gênero nos estudos migratórios, se trasladaram para o campo das políticas públicas nos países de destino das mulheres migrantes. Nesse sentido, Proazzi (2022) analisa que o Brasil não apresenta políticas públicas específicas para a saúde dos imigrantes, especialmente, das mulheres imigrantes, grupo que costuma fazer um uso maior dos serviços de saúde, principalmente no que concerne às questões de saúde sexual e reprodutiva. No caso específico da população haitiana no Brasil, chama a atenção essa falta de políticas públicas pensadas nacionalmente para as pessoas em situação de mobilidade, pois uma das causas apontadas para a continuidade do fluxo haitiano para o Brasil é a possibilidade de os imigrantes desfrutarem de serviços públicos de qualidade, como o serviço de saúde (Dieme, 2017).

É consenso na literatura sobre migrações que um dos principais obstáculos com que se deparam as populações imigrantes são as barreiras linguísticas, o que se acentua nos atendimentos em saúde. Na pesquisa de Paula (2017), na cidade de Porto Alegre, os imigrantes haitianos apontaram a língua como a barreira principal para se comunicar e encontrar um emprego; a mesma pesquisa mostrou uma dificuldade maior por parte das mulheres em adquirir competências linguísticas na língua portuguesa. Granada e Detoni (2017) também destacam as barreiras linguísticas dos agentes comunitários de saúde com haitianos e haitianas em Lajeado, Rio Grande do Sul. Rocha et al (2020) identificaram a barreira linguística como o principal obstáculo na comunicação entre os servidores públicos de saúde e os usuários haitianos em Curitiba, Paraná.

Borges e Martínez Martínez (2022) observaram uma maior ausência de mulheres nos cursos de português para estrangeiros no Distrito Federal, entre os anos 2014 e 2022, contrastando com uma maior presença de mulheres imigrantes na unidade federativa.

O grupo de pesquisa e extensão universitária da Universidade de Brasília Mobilang, desde maio de 2016 vêm realizando ações para reduzir as barreiras linguísticas das pessoas em situação de mobilidade e, assim, caminhar para a garantia dos seus direitos, prestando serviços de interpretação comunitária por meio de mediadores e mediadoras sociolinguísticas e transculturais⁶

⁵ Dados do SISMIGRA, usando as categorias Residente e Temporário. As outras categorias (Fronteiriço, Não Especificado, Não Nacionais, Trânsito e Turismo) não apresentaram registros de mulheres haitianas no DF, motivo pelo qual não foram utilizadas.

⁶ Optamos pelo termo transcultural por entender que a mediação entre duas culturas não só coloca elas no diálogo, mas também as permeia, fazendo com que uma seja influenciada pela outra, em diferentes graus.

em organizações parceiras que prestam serviços públicos no Brasil, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), escolas e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) no Distrito Federal. O grupo gerencia um banco de intérpretes comunitários voluntários previamente formados em cursos de extensão universitária.

O Governo do Distrito Federal, em 2018, publicou a Nota Técnica n.º 10/2018⁷ sobre o atendimento ao usuário imigrante ou refugiado nos serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, mas sem fazer referência às mulheres e suas demandas específicas, nem a necessidade e importância dos serviços de tradução e principalmente de interpretação comunitária. A Nota estabelece no ponto 25, o dever dos e das imigrantes de se matricular em cursos de português, mas nada sobre a obrigação do estado em reduzir ou eliminar as barreiras linguísticas existentes para poder efetivamente atender às populações sem competências em língua portuguesa, assim como estabelecem as leis brasileiras.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista da sociedade brasileira, distingue-se por sua universalidade de acesso, que garante o direito à saúde de todas(os), e representa um marco histórico nas políticas de seguridade social do país. Para uma efetiva universalidade é necessário a garantia da equidade do Sistema, o que convoca à estruturação de ações que atendam às especificidades da população, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença. Observando as necessidades de saúde individuais e coletivas; as particularidades sociais, econômicas e culturais das populações atendidas; o atendimento qualificado, independente de idade, sexo, raça, etnia, religião, orientação sexual, política ou inserção socioeconômica e cultural, é necessário ofertar cuidados que atendam a essas especificidades em saúde na medida em que essas diferenças estão colocadas.

Em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) realiza-se o acompanhamento continuado da saúde dos usuários. Cada UBS é responsável pela assistência de uma população definida a partir do seu endereço de moradia. A UBS tem equipes de saúde da família (eSF) que são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal; estas equipes atendem uma determinada comunidade a partir do seu território de referência. A UBS é a principal porta de entrada para a Rede de

⁷ https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/63767/Nota_Tecnica_10_2018_COAPS_Atendimento_ao_usuario_imigrante_ou_refugiado_nos_servi%C3%A7os_da_APS_do_DF.pdf

Atenção à Saúde, é o estabelecimento de Atenção Primária que organiza o cuidado dos usuários. O acolhimento na UBS está garantido a toda cidadã, independente do seu status migratório, entretanto, verificamos no campo de atuação que há diversas barreiras de acesso específicas para a população imigrante, como a necessidade de documentos ou comprovante de moradia para acessar à UBS, seja a eSF, vacinação ou dispensação de medicamentos.

Há uma diversidade de nacionalidades, origens étnicas e raciais que compõem as populações migrantes no Brasil; é constante a denúncia de muitos destes migrantes de barreiras de acesso ao SUS, entretanto, o debate sobre acesso à saúde nem sempre é central nos espaços de discussão sobre a temática migratória, de acordo com Teixeira (2022). Acentuou-se essa situação durante a pandemia de Covid-19, tempo de urgência política e sanitária, que comprometeu a universalidade do Sistema, evidenciando, como aponta Branco-Pereira (2021), antigas questões: é necessário abordar questões de moradia, condições de trabalho, transporte, uso dos espaços públicos, gênero, raça e racismo, cultura e questões linguísticas, leis e, especialmente, de política, quando discutimos sobre saúde. O autor destaca que houve um apagamento das populações migrantes, em especial de pessoas racializadas e indígenas, nos dados sobre o impacto da Covid-19 na população, informações necessárias para responder de forma eficaz à emergência em saúde pública instalada. Ainda, a exigência da apresentação de documentos brasileiros específicos como forma de garantir acesso às vacinas contra Covid-19, como o CPF e o comprovante de residência, resultou no impedimento de acesso à vacinação para diversos grupos (Branco-Pereira, 2021).

Para a efetivação do direito à saúde, segundo Teixeira (2022), encontramos desafios como a barreira linguística, a dificuldade de acesso às informações sobre serviços e direitos, os frequentes casos de discriminação nos serviços que resultam no receio comum em procurar serviços básicos de assistência devido à constante estigmatização que muitos sofrem durante os atendimentos. Nesses cenários, vemos como as dificuldades no acesso das pessoas imigrantes e refugiadas aos dispositivos da saúde se assemelha às de outras populações vulneráveis em território brasileiro, como a população em situação de rua ou a população indígena. Trata-se de grupos que muitas vezes não possuem os documentos no momento ou partilham de formas de registro sociais diferentes dos exigidos no dispositivo de saúde, algo que não deveria impedir o acesso ao cuidado, mas que na prática se torna uma barreira de acesso. A saúde é um direito humano, e no Brasil é dever do SUS atender a todas as pessoas, independentemente de sua situação documental, origem, língua ou cultura. Para que essa assistência seja efetiva, estratégias específicas precisam ser implementadas, tendo um horizonte de cuidado transcultural.

É importante promover a sensibilização das(os) profissionais inseridas(os) nos mais diversos dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS/SUS), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS/SUS) e Rede de Assistência e Proteção Social (SUAS) sobre os movimentos migratórios internacionais e suas consequências para aqueles que migram e suas redes de apoio, como famílias, comunidades

e instituições de origem, deslocamento e acolhida. Considerando a complexidade do fenômeno, entende-se a condição de migrante, refugiado ou apátrida como potencial gerador de sofrimento psíquico. Uma vez que existe um sofrimento atrelado à elaboração das perdas inerentes ao processo migratório, e que para muitos pode ser uma experiência desorganizadora. Trata-se aqui da dimensão da perda de ambientes familiares, dos referenciais de origem, da cultura que organiza a experiência no mundo, de laços afetivos fundamentais e da dimensão de violência que evidencia-se especialmente na migração forçada, são aspectos que acompanham parte majoritária dos processos migratórios e impactam a saúde física e mental desses sujeitos (Silva, 2016).

É urgente pensarmos na construção de uma estratégia específica de atenção à saúde para migrantes que considere suas especificidades e que inclua o preparo e treinamento das equipes de Atenção Primária, Secundária e Terciária para o atendimento de tal população, construindo, junto às populações migrantes, políticas a fim de garantir a equidade no SUS.

Boegel (2022) aponta que as barreiras linguísticas, e culturais, enfrentadas pelas mulheres migrantes no acesso e atendimento no sistema de saúde brasileiro se entrelaçam com a dificuldade de compreender o funcionamento do SUS, dificuldade existente também para os próprios brasileiros, além da situação de precariedade estrutural que se acentua nos últimos anos na UBS analisada pela autora, entre outros fatores.

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, no seu Artigo 6º:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, artigo 196).

Ademais, as Leis Orgânicas da Saúde e da Assistência Social (Lei nº 8.080/90⁸ e Lei nº 8.742/93⁹, respectivamente) estipulam o acesso universal e a igualdade de tratamento em seus serviços. Porém, Losco e Alves (2018) argumentam que o acesso ao sistema de saúde não assegura um atendimento adequado e igualitário para a população, pois as barreiras linguísticas e culturais que aparecem com as pessoas em situação de mobilidade internacional podem interferir nos diagnósticos, nos tratamentos e nas intervenções para as doenças das usuárias imigrantes. Ademais, as barreiras linguísticas dificultam a relação médico-paciente considerada por Queiroz (2014) como a base para que o exercício da medicina atinja os seus objetivos que são de manter e restaurar a saúde.

⁸ Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Brasil; 1990. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

⁹ Lei-8742-7-dezembro-1993-363163-norma-Atualizada-pl.pdf (camara.leg.br)

Diversos estudos (Gomes, Caprara, Landim e Vasconcelos, 2012; Ong, De Haes, Hoos e Lammes, 1995; Stewart, 1995; Straub, 2005) mostram como a qualidade da comunicação entre profissional de saúde e paciente influencia diretamente na busca pelo serviço, na adesão ao tratamento e na satisfação ou não do atendimento recebido, principalmente na saúde do paciente. Desse modo, Starfield (2002) acrescenta que para a Atenção Primária à Saúde (APS) em específico, a relação médico-paciente é um aliado para a construção da longitudinalidade, uma das características que guiam o cuidado na APS no SUS, junto aos três princípios basilares: a universalidade, integralidade e equidade. Desse modo, estratégias específicas precisam ser adotadas para garantir de fato o direito à saúde e facilitar a criação do vínculo médico-paciente. A Interpretação Comunitária se configura como uma dessas estratégias.

A INTERPRETAÇÃO COMUNITÁRIA: UMA NECESSIDADE NOS SISTEMAS DE SAÚDE

A interpretação comunitária, de acordo com Origuela (2020), refere-se a qualquer tipo de interpretação realizada para um procurador e um prestador de serviços que pode acontecer dentro do contexto hospitalar, forense, judiciário e similares. O objetivo é servir quem vem de outros países e possui pouca ou nenhuma proficiência na língua oficial do país onde reside, sejam imigrantes ou refugiados, para que possam se comunicar e acessar os serviços desejados.

Pode-se dizer que há um consenso sobre a importância da questão linguística nos estudos migratórios. Seja atrelada a questão cultural ou de forma estritamente linguística, a falta de uma competência no conhecimento da língua empregada pela sociedade e as autoridades do país de destino ou de trânsito das pessoas imigrantes se configura como barreira para o pleno exercício de deveres e direitos dessas pessoas. Diversas autoras (Martínez Martínez, 2020; Martínez Martínez e Gorovitz, 2017; Moyer, 2013; Oliveira e Silva, 2017; Proazzi, 2022) destacam esta situação, colocando as barreiras linguísticas como as primeiras ou as principais enfrentadas. Os governos de países que recebem grandes fluxos de imigrantes têm elaborado e implementado políticas e leis para abordar esta necessidade, oferecendo cursos da língua nacional para as pessoas imigrantes, além de serviços de interpretação e tradução. Essas medidas, implementadas de forma conjunta, permitem reduzir as barreiras linguísticas entre os e as servidoras públicas nos atendimentos e as pessoas em situação de mobilidade, ao mesmo tempo que garantem maiores competências linguísticas das imigrantes na(s) língua(s) oficial(is) dos países em que residem.

Geralmente pessoas leigas nos estudos da tradução tendem a designar a palavra tradução tanto para a tradução como para a interpretação, porém

a primeira refere-se a passagem de um texto escrito de uma língua para outra, enquanto a interpretação lida com textos orais, apresentando assim características e desafios diferenciados. Temos também a dublagem, que se dá em registros de fala orais, mas não requer das ferramentas para agir no momento exato de uma interação linguística. Já a tradução enquanto passagem de um texto escrito em uma língua para um texto oral em uma outra língua, também gera desafios diferentes por não apresentar elementos da fala espontânea que aparecem em uma interpretação. Apesar da tradução ser uma ferramenta de grande utilidade para a garantia de direitos de minorias linguísticas, pois permite o acesso a informações básicas, este artigo reflete sobre a atividade de interpretação, pois se baseia em experiências de interpretação comunitária das próprias autoras.

Dentro dos estudos da tradução, diferenciam-se diversas modalidades de interpretação (simultânea¹⁰ e consecutiva, principalmente) e tipos de interpretação (de conferência, judicial e comunitária, entre outras). Dam e Schjoldager (2017) argumentam que a interpretação comunitária é um dos tipos que menos atenção têm recebido dentro dos estudos da tradução, ressaltando o trabalho realizado por Cecília Wadensjö em 1992. Por outro lado, entendemos que este é o tipo de tradução que interessa aos estudos migratórios. Esse tipo se utiliza da modalidade de interpretação consecutiva, quando o discurso se divide em segmentos, permitindo ao intérprete falar nas pausas das e dos oradores.

Este tipo de tradução é designado por outros termos ao redor do globo, como interpretação do serviço público, interpretação de diálogos, interpretação social ou interpretação cultural (Silva, 2023, no prelo). Gorovitz e Sá (2022) indicam que no Brasil é usado o termo interpretação comunitária, destacando a característica de ser um serviço prestado à comunidade. Outros nomes mostram as características da interpretação comunitária, como onde ela acontece (serviços públicos), quais tipos de discursos são interpretados (diálogos), etc. Para Silva (2023, no prelo) a interpretação comunitária se diferencia dos outros tipos de interpretação principalmente por acontecer numa situação comunicativa assimétrica, entre línguas com hierarquias sociais diferentes. Nessa situação, a pessoa que faz a interpretação comunitária acaba assumindo a responsabilidade de reduzir essa assimetria entre os interlocutores.

Gorovitz e Sá (2022) refletem sobre os desafios da interpretação nos serviços públicos, a interpretação comunitária no Brasil, considerando que “negar àqueles que não falam a língua oficial local um serviço de interpretação implica privá-los de capacidade de interação numa situação dialógica em que é o principal interessado” (p. 684). As autoras destacam os conflitos

¹⁰ A interpretação simultânea se dá geralmente em conferências, mediante o uso de cabines que isolam os intérpretes, pois não tem pausas no discurso original nem nas falas interpretadas. O intérprete produz fala na língua meta ao mesmo tempo que recebe a fala da língua de origem, ou seja, de forma simultânea.

linguísticos e culturais que vêm atrelados a intensificação dos fluxos migratórios no século XX, e que colocam novos desafios para as instituições públicas provedoras de serviços que precisam interagir com uma sociedade cada vez mais multicultural e multilíngue. É nessa realidade que se encontram os dispositivos de saúde brasileiros nos quais aconteceram as mediações sociolinguísticas e transculturais analisadas neste trabalho.

Seguindo a posição de Gorovitz e Sá (2022), toda interpretação comunitária é uma forma de mediação, pois além da busca de equivalências entre as mensagens das pessoas interlocutoras, há sempre uma necessidade de suavizar ou prevenir conflitos culturais que costumam aparecer nas situações comunicativas entre imigrantes e profissionais da saúde, nesse caso. Assim, usaremos o termo mediadores sociolinguísticos e transculturais que prestam serviços de interpretação comunitária.

Como pontuado anteriormente, o grupo de pesquisa e extensão da Universidade de Brasília Mobilang¹¹, oferece um serviço voluntário de interpretação comunitária para as instituições parceiras dentro das áreas da saúde, educação e assistência social no Distrito Federal, além de outras instâncias a nível nacional. As pessoas voluntárias que integram o banco de intérpretes são previamente capacitadas pela empresa LAWCITTE, em parceria com o grupo Mobilang. O grupo Mobilang junto a outros atores-chaves que atuam com populações em situação de mobilidade, refugiados e imigrantes, elaborou o Projeto de Lei (PL) 5182/2020, em tramitação no Congresso Nacional desde novembro de 2020, que propõe a obrigatoriedade do Estado brasileiro de prover assistência linguística para as pessoas que não tem competências linguísticas suficientes para se comunicar em língua portuguesa (imigrantes, indígenas e outras minorias linguísticas).

METODOLOGIA E PERFIL SOCIOLINGUÍSTICO DAS IMIGRANTES HAITIANAS

Esta pesquisa constitui-se a partir dos dados coletados por três pesquisadoras, em três momentos e lócus de observação de trabalho de campo diferentes, a saber, a pesquisa de campo de doutorado da primeira autora, e a observação participante da segunda e terceira autora, esta lotada na época em uma das unidades de saúde analisadas. Estes três momentos e lócus de pesquisa se encontram e se comunicam ao apresentar elementos em comum, dados empíricos que confluem e nos ajudam a responder à pergunta de pesquisa: como a interpretação comunitária facilita o acesso à saúde e melhora o atendimento das mulheres imigrantes haitianas no sistema público de saúde brasileiro.

¹¹ O grupo de pesquisa Mobilang, que estuda contatos linguísticos em contextos migratórios, está cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/6207732775937153

Em um primeiro momento, o trabalho etnográfico de doutorado leva a primeira autora a embarcar em um processo de empatia metodológica e de engajamento argumentado (Puaud, 2020) com um grupo de mulheres haitianas, em uma UBS e um Hospital público no Distrito Federal. Posteriormente, as atividades do grupo de pesquisa e extensão Mobilang, da UnB, permitiram à segunda autora, de nacionalidade haitiana, trabalhar como mediadora sociolinguística e transcultural para mulheres haitianas no serviço de saúde. O trabalho das duas pesquisadoras veio agregar ao da terceira autora, residente em uma UBS, que estabeleceu uma parceria com o Mobilang — suas observações no atendimento na UBS a imigrantes haitianas vieram completar os dados empíricos que fortalecem a resposta à pergunta de pesquisa deste trabalho. As autoras registraram as suas observações em diários de campo que foram posteriormente analisados nesta pesquisa.

Os elementos observados pelas três pesquisadoras persistem, são ressignificados ou se transformam nos diferentes momentos e lócus das pesquisas. O objetivo das observações é compreender como se dá o acesso e a experiência no sistema público de saúde através da língua, como categoria analítica identificada nos três momentos e lócus de pesquisa. Estas observações nos permitem delimitar continuidades e diferenças ao longo do tempo e do espaço, assim como da pessoa observadora e do seu próprio lugar de fala e papel nos diversos encontros, contatos e situações comunicativas.

Os dados empíricos ficam limitados neste trabalho a mulheres imigrantes haitianas que utilizam das políticas e dos dispositivos públicos na área da saúde no Distrito Federal: no atendimento em uma UBS e no acompanhamento como mediadoras sociolinguísticas e transculturais em diversos encaminhamentos às redes de saúde e atenção psicossocial. As observações analisadas aconteceram em dois períodos diferentes, entre fevereiro de 2019 e março de 2020, e entre abril de 2022 e fevereiro de 2023.

O perfil das mulheres haitianas imigrantes é variado, pois corresponde às usuárias que buscaram os serviços de saúde entre 2021 e 2022 na UBS onde trabalhava a terceira autora, que por sua parte solicitou os serviços de interpretação comunitária. No caso das observações realizadas entre 2019 e 2020, corresponde às mulheres haitianas que fizeram parte da pesquisa de doutorado da primeira autora e que solicitaram à pesquisadora assistência para acesso e atendimento em serviços de saúde públicos. Para ajudar no acompanhamento da leitura desta pesquisa, elaboramos a tabela a seguir que sintetiza os dados das mulheres imigrantes haitianas, cujos atendimentos nos serviços públicos de saúde brasileiro são analisados nas reflexões deste artigo:

FIGURA 1. Perfil das mulheres haitianas assistidas

Usuária	Idade	Estado civil	Filhos/as	Tempo no Brasil	Línguas	Data da observação
1	35	União estável	1	Out 2021	<i>créole</i> haitiano	2022-23
2	51	Viúva	4	Mais de 10 anos	<i>créole</i> haitiano	2022-23
3	30	Solteira	2	Fev 2019	<i>créole</i> haitiano, português	2022-23
4	55	Solteira	Não	Jan 2018	<i>créole</i> haitiano, francês	2019-2020
5	53	Solteira	2	2016	<i>créole</i> haitiano, francês	2019-2020
6	45	Casada	1	Jan 2012	<i>créole</i> haitiano, francês, português	2019-2020

Foto: Cristine Rochol/PMPA

ACESSO E ATENDIMENTO A IMIGRANTES HAITIANAS NO SISTEMA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: A INTERPRETAÇÃO COMUNITÁRIA FAZENDO A DIFERENÇA

Martínez Martínez (2020) afirma que as barreiras sociolinguísticas dificultam o pleno exercício do direito à saúde de mulheres haitianas no Distrito Federal, inclusive para aquelas imigrantes que têm as competências linguísticas necessárias para realizar seu trabalho diário, como em um dos casos acompanhados de vendedoras ambulantes. Estas dificuldades, sem a presença de uma mediadora sociolinguística e transcultural, ocasionam a perda de consultas médicas agendadas ou a utilização inadequada de medicamentos, situações que limitam a capacidade de agência e autonomia das mulheres imigrantes haitianas, além de ser um risco para a sua saúde.

Entendemos a agência como a capacidade de tomada de decisões que afetam a vida das próprias mulheres que a exercem, uma agência vinculada às condições de imigrantes e de mulheres, que inclui um conhecimento parcial das pautas sociais e culturais do país de acolhida, assim como uma possível dependência social e financeira do marido ou de outro homem da

família. Para reconhecer agência em uma ação das mulheres imigrantes é necessário entender que essa ação não é um hábito ou uma repetição de ações socialmente construídas (Martínez Martínez, 2020).

As observações realizadas pela primeira autora em 2019, mostraram que no caso das mulheres haitianas as barreiras linguísticas eram mais acentuadas em relação às venezuelanas, pois o créole haitiano traz componentes de línguas de famílias linguísticas diferentes à da língua portuguesa, fato que dificulta a intercompreensão. Por sua vez, Melissa Moyer (2013) ao analisar as barreiras linguísticas vivenciadas por imigrantes em um centro de saúde de Barcelona, na Espanha, destaca a importância de considerar as diferenças culturais e não limitar as estritamente linguísticas. A autora conclui que os atendimentos serão sempre mais eficazes quando na língua da mulher imigrante, porém alerta, também, sobre os riscos da interpretação comunitária quando os e as mediadoras acabam limitando a capacidade de agência das pessoas em situação de mobilidade, assim como a importância dos mediadores na tentativa de evitar que as imigrantes sejam estereotipadas por parte dos servidores públicos.

No caso da migração haitiana no Brasil é importante entender que antes de iniciar o percurso migratório as pessoas geralmente não aprendem português, e chegam ao Brasil sem ter as competências mínimas para se comunicar. Esse foi o caso das mulheres haitianas observadas em 2019 e 2020. Destacamos, durante o acompanhamento e a mediação sociolinguística e transcultural, a importância da interpretação comunitária para a garantia dos direitos à saúde e o conhecimento por parte dessas mulheres do sistema público brasileiro.

Em 2019, a primeira autora acompanhou a situação de uma mulher haitiana imigrante (usuária 6, figura 1) que fez uso dos serviços públicos de saúde no Distrito Federal sem estar acompanhada de uma pessoa capacitada para fazer a interpretação comunitária. Em junho de 2019 a imigrante relatou que foi internada por apendicite, posteriormente compareceu numa consulta médica acompanhada e auxiliada por outra mulher haitiana com menos competências linguísticas em português que a própria mulher imigrante, ocasionando falhas na comunicação que gerou insegurança na usuária do serviço de saúde sobre os desdobramentos da internação, fazendo ela decidir ser acompanhada, depois dessa experiência, só pelo filho adulto que apresentava competências suficientes em português. É importante destacar neste caso que a mulher imigrante apresentava competência linguística em português, pois já tinha sete anos morando no Brasil, rejeitando inclusive participar de um curso gratuito de português, oferecido pelo Mobilang, junto com outras companheiras haitianas. Podemos observar como esse relato mostra a importância da interpretação comunitária, inclusive em situações nas quais a pessoa imigrante tem conhecimento da língua veiculada nos dispositivos públicos de saúde, pois são situações comunicativas que se dão em condições de estresse, ansiedade ou insegurança da pessoa sobre a sua

saúde e que requerem uma maior confiança na compreensão dos conteúdos transmitidos.

Em 2019, também foi acompanhada, mediante o serviço de mediadora sociolinguística e transcultural, outra imigrante haitiana (usuária 4, figura 1) em atendimentos na UBS e em um Hospital Regional. Foi observado como a mulher imigrante sempre recebia um atendimento com muita amabilidade e às vezes prioridade, inclusive fazendo um esforço extra, por conta das barreiras linguísticas existentes, fato que compensa a complexidade do sistema de saúde público brasileiro relatado pela mulher imigrante: deslocamentos em ônibus em horário de trabalho, falta de possibilidade de realizar alguns exames laboratoriais requeridos, entre outros.

Nos acompanhamentos foram constatados os problemas ocasionados pelas barreiras linguísticas e pelo desconhecimento do SUS, pois uma das vezes foi realizado um exame médico diferente daquele esperado pela mulher imigrante, não havendo nenhum erro no sistema, mas sim falta de compreensão por parte da mulher imigrante, pois tinha solicitado os dois exames, porém a demora para realizar o primeiro pedido a levou a pensar que seria um exame de um pedido posterior. Em um dos atendimentos, uma médica destacou a importância da mulher imigrante estar acompanhada de uma pessoa que podia realizar uma mediação linguística adequada, comparado com outro atendimento no qual a migrante levou um acompanhante para auxiliá-la com a barreira linguística, mas que não tinha as competências necessárias, levando-a inclusive a tomar o remédio errado e colocando, assim, a sua vida e saúde em risco. Essa mesma mulher imigrante iniciou o curso de português oferecido pelo projeto Mobilang à um grupo de haitianos e haitianas e, posteriormente, mostrava seu desempenho linguístico nos atendimentos no serviço de saúde.

Por meio dos acompanhamentos e a observação participante em 2019 e 2020, a primeira autora observou que todas as mulheres haitianas acompanhadas, um total de sete mulheres, tinham competência linguística suficiente para exercer seu trabalho como vendedoras ambulantes e em feiras locais, porém essa competência não era suficiente para outras situações comunicativas, como na área da saúde. Assim, a autora observou que todas as usuárias haitianas enfrentaram barreiras sociolinguística nos serviços de saúde, em alguns casos era evidenciado ao comunicar às usuárias que os profissionais de saúde não conseguiam emitir um diagnóstico sobre os problemas apresentados por elas.

Essas barreiras linguísticas e culturais, por sua vez, podem ser reduzidas a partir da implementação de um serviço de interpretação comunitária, mas também com ajuda de outras pessoas imigrantes que fazem parte de uma rede que oferece apoio às pessoas recém-chegadas ou àquelas que não conseguiram atingir as competências linguísticas necessárias para interagir com os prestadores de serviços públicos. Entendemos que essas barreiras são determinantes na hora de colocar a saúde e integridade física das imigrantes em risco, e também na hora de limitar a sua capacidade de agir em prol dos seus direitos e bem-estar.

Por sua vez, a segunda autora realizou um total de 34 ações como mediadora sociolinguística e transcultural entre o dia 13 de abril de 2022 e o dia 3 de fevereiro de 2023. No caso do serviço de interpretação comunitária fornecido por ela, a autora reflete sobre a sua observação participante em qualidade de mediadora sociolinguística e transcultural em diferentes unidades do SUS no DF, considera relevante destacar a importância da mediadora não só ter competências na língua da mulher imigrante, mas também compartilhar com ela as pautas culturais de origem, pois ambas as mulheres, mediadora e mulher imigrante, são do mesmo país: Haiti. Assim, a mediadora não só realiza a mediação linguística, mas também cultural, podendo se antecipar a possíveis desentendimentos ou desencontros na compreensão das mensagens a serem traduzidas.

Por outro lado, para a mulher imigrante pode ser de maior utilidade saber que a própria mediadora está em uma situação semelhante, ao ser migrante igualmente no Brasil, mas com uma competência linguística e talvez um conhecimento maior das pautas culturais e sociais, principalmente dos serviços de saúde do país acolhedor. Ademais, por ser estudante de um curso da área da saúde, a mediadora estava familiarizada com o funcionamento e organização do SUS.

Nos relatos da segunda autora, aparece a necessidade expressa por um dos médicos para que a usuária 1 (Figura 1) compareça às consultas com a presença da mediadora sociolinguística e transcultural. Ela relata que ao terminar a consulta, o médico lembra que não é para a paciente vir sozinha, pois eles não iriam se entender, uma vez que o médico e a mulher imigrante não têm um idioma em comum. O médico rejeitou a possibilidade de se comunicar via telefone com um mediador ou mediadora, caso ninguém pudesse comparecer junto à mulher imigrante na próxima consulta. A importância da presença do mediador sociolinguístico e transcultural se confirmou quando posteriormente, a mesma usuária não conseguiu realizar exames médicos marcados na ausência da mediadora, sem poder explicar os motivos que levaram à não realização dos exames. A mediadora em acompanhamento posterior com a mulher imigrante observou que os exames não foram realizados pela falta de compreensão da mulher imigrante devido às barreiras linguísticas e desconhecimento do sistema de saúde brasileiro.

Podemos observar, ainda, a responsabilidade que acarreta a função de mediador sociolinguístico e transcultural, responsabilidade para além do âmbito linguístico. Falamos aqui de atribuições que não necessariamente são colocadas pela própria mediadora, mas também pelos interlocutores, neste caso o profissional de saúde e usuária migrante do serviço de saúde. Neste sentido, a mediadora, enquanto trabalhava como mediadora sociolinguística e transcultural, relata que sentiu ter sido penalizada pelo profissional de saúde, quando chegou atrasada para acompanhar a usuária 1 (Figura 1) numa consulta previamente marcada. Apesar da mulher imigrante ter chegado em primeiro lugar, o médico a atendeu por último, mesmo com a mediadora já disponível para fazer o acompanhamento depois da mulher imigrante

que estava sendo atendida. A mediadora relata ter se sentido impotente porque sentia a responsabilidade de fazer o serviço com a mulher imigrante e conhecia o papel de subordinação que ambas tinham perante o médico. A mulher imigrante e a mediadora tiveram que esperar até o médico resolver atendê-las.

Essa falta de consideração com a mulher imigrante e o papel desempenhado pela mediadora sociolinguística e transcultural contrasta com outra experiência da própria mediadora, quando relata que outro profissional de saúde, médico também, destacou que os atendimentos com a usuária 1 (Figura 1) eram mais fáceis e obtinham resultados melhores quando a mediadora estava junto, em comparação às consultas nas quais a mulher imigrante foi acompanhada do marido, destacando inclusive que a mulher imigrante se mostrava mais comunicativa quando estava com a mediadora.

No que diz respeito às observações realizadas pela terceira autora, em sua qualidade de psicóloga residente em uma UBS, foi constatado que a procura das populações em situação de mobilidade internacional (não exclusivamente mulheres haitianas) se dava para agendamento de consultas médicas, demandas de saúde variadas, vacinação, exames laboratoriais, dispensação de medicamentos e busca por orientação sobre benefícios socioassistenciais. Nesses encontros, a equipe da UBS identificou a necessidade de haver materiais traduzidos sobre orientações no campo da saúde, e sobre o funcionamento do SUS e SUAS.

Devido à essa situação, em especial a partir do atendimento às mulheres gestantes haitianas, as quais eram muitas vezes as primeiras pessoas de suas famílias a acessarem a UBS, por conta das consultas de pré-natal, a equipe da UBS iniciou uma parceria com o grupo Mobilang da UnB, no ano de 2022. O trabalho com as mulheres haitianas gestantes foi complexo porque exigiu a articulação de uma rede de diferentes profissionais da UBS: da equipe ESF (médica/o, enfermeira/o, técnica/o e agente comunitário de saúde) de referência, psicóloga/o, nutricionista, assistente social e técnicas/os do laboratório. Os atendimentos demandaram também a articulação entre diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde e da proteção social: a rede hospitalar, realizando o contato próximo com o centro obstétrico e a equipe de acompanhamento das gestantes de alto-risco; com a rede de atenção psicossocial, articulando uma linha de cuidado com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região; e com a rede de proteção social, acionando o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o CREAS. A parceria com a UnB, através do grupo Mobilang, visava a construção de uma estratégia de mediação cultural e interpretação comunitária na UBS, que também incluiu apoio linguístico e cultural dessas mulheres nos diferentes espaços que circulavam, no âmbito da assistência à saúde e proteção social.

A terceira autora ressalta que o trabalho das mediadoras sociolinguísticas e transculturais na UBS em questão não se limitava aos momentos da interpretação comunitária com as mulheres imigrantes haitianas, também participavam dos atendimentos multidisciplinares e acompanhavam essas

mulheres em todos os pontos das diferentes linhas de cuidado que elas estavam inseridas: visitas domiciliares, pontos da RAS (saúde) e da rede SUAS (assistência), transitando por diferentes dispositivos. Além disso, as mediadoras auxiliaram na reorganização do grupo de gestantes da UBS (o público que mais acessava a unidade), mapeando a necessidade de reformular o espaço do grupo para atender as necessidades dessas mulheres em compreender como era o processo de pré-natal e parto no SUS, a fim de instrumentalizar as gestantes sobre seus direitos, em especial para o momento do parto, além de possibilitar a criação de uma rede entre elas.

Das observações participantes da terceira autora como parte da equipe da UBS analisada, se destaca como imprescindível o apoio das mediadoras sociolinguísticas e transculturais nas consultas de pré-natal de gravidez de alto risco e nos exames, extensível ao Hospital Regional Leste (HRL). Da parceria com o grupo Mobilang, pode-se inferir que a interpretação comunitária, no contexto da saúde, permite a tradução dos elementos simbólicos e culturais a respeito do processo de saúde e doença e de cuidado das usuárias. Uma tradução que não é só linguística, mas também transcultural, transmitindo representações sociais para além das palavras. Assim, entendemos que a presença de mediadoras sociolinguísticas e transculturais no SUS possibilita que as usuárias migrantes do serviço de saúde possam compreender de forma mais adequada como o sistema de saúde se organiza no Brasil, suas ofertas e possibilidades, permitindo o desenvolvimento do vínculo com a UBS e outros dispositivos que ofertam o cuidado em saúde para as usuárias.

As observações participantes analisadas sublinham a importância, a pertinência e a relevância de incorporar os serviços de interpretação comunitária no SUS, visando tornar efetivas as legislações brasileiras que regem a saúde pública e os direitos das pessoas imigrantes, principalmente a Lei 8.080/90 de saúde e a Lei de Migrações 13.445/17. O serviço que vem sendo prestado pelo grupo de pesquisa e extensão universitária da UnB Mobilang, por meio do seu banco de intérpretes comunitários, contribui significativamente para a redução das barreiras linguísticas e culturais no Distrito Federal, porém é insuficiente. As análises mostraram as responsabilidades das e dos mediadores sociolinguísticos e transculturais, que vão além do trabalho como intérpretes linguísticos, chegando a ser o suporte das mulheres imigrantes haitianas no que concerne à sua saúde. Vários relatos demonstram a importância de um trabalho de conscientização dos profissionais de saúde, pois não são todos que mostraram empatia com a situação das mulheres imigrantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências descritas neste artigo apontam para a necessidade de implementação de estratégias de interpretação comunitária no âmbito da

saúde enquanto política pública, garantindo a presença de mediadores sociolinguísticos e transculturais nos dispositivos da saúde e a qualificação do cuidado, considerando as particularidades da população imigrante, como estratégias de garantia do direito à saúde. Garantir a equidade do acesso, a partir da oferta da interpretação comunitária nos diferentes dispositivos do SUS, perpassa por viabilizar que os serviços compreendam as especificidades do público migrante que são responsáveis, bem como que seu funcionamento seja também compreendido pelos usuários, essa oferta é fundamental para promover uma política migratória que garanta a efetivação dos direitos dessa população.

Por fim, no percurso das experiências relatadas neste artigo, identificou-se a importância de haver maior investimento no aprendizado do português para estas mulheres imigrantes, promovendo espaços de ensino-aprendizagem, com o intuito de à longo prazo elas não dependerem mais de terceiros para poder se comunicar diretamente nos dispositivos públicos que acessam, seja na área de saúde ou em outras esferas relevantes para o exercício dos seus direitos, proporcionando autonomia e cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Borges, Beatriz Souza e Martínez Martínez, Susana (2022). Gênero, Migrações e Educação: A participação de mulheres migrantes em cursos de português para estrangeiros no Distrito Federal. Em *Anais do 28º Congresso de Iniciação Científica da UNB e 19º Congresso de Iniciação Científica do DF*. UnB. Brasília/DF, Brasil. Recuperado de <https://conferencias.unb.br/index.php/iniciacaocientifica/28CICUnB19df/paper/view/43515>.

Branco-Pereira, Alexandre (2021). *A saúde de imigrantes e refugiados: um debate necessário*. São Paulo, Brasil: MigraMundo. Recuperado de <https://migramundo.com/a-saude-de-imigrantes-e-refugiados-um-debate-necessario/>

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília/DF. Recuperado de https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

Costa, Nayara Belle Nova da, Gurgel, Helen e Matos, Karina Flávia Ribeiro (2020). Migração e Saúde: inter-relações, legislação e acesso: inter-relações, legislação e acesso. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 14(3). doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i3.2866>

Dam, Helle Vrønning; Schjoldager, Anne (2017). Wadensjö, Cecilia: Interpreting as Interaction. On dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters. Lindköping University, 1992. *HERMES - Journal of Language and Communication in Business*, 7(12), 167–182. doi: <https://doi.org/10.7146/hjlc.v7i12.25067>

De los Reyes, Paulina (2002). Women and Migrants. Continuity and Change in Patterns of Female Migration in Latin America. Em: Sharpe, Pamela (Ed.). Women, gender and labour migration: Historical and cultural perspectives (pp.275-289). Londres, Inglaterra: Routledge.

Dieme, Kassoum (2017). O Haiti e suas migrações. *Tematicas*, 25(49), 17-48. doi: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v25i49/50.11127>

Georg Uebel, Roberto Rodolfo e da Silva, Caroline Adorne (2019). Politics, Policies and International Immigration in Brazil: recent changes *and perspectives*. *Revista De Estudos e Pesquisas Sobre as Américas*, 13(1), 163-192. doi: <https://doi.org/10.21057/10.21057/repamv13n1.2019.21874>

General Assembly United Nations (2019). *Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration (GCM)*. Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/451/99/PDF/N1845199.pdf?OpenElement>

Gomes, Amorim Meneses de Annatalia, Caprara, Andrea, Landim, Lucyla Oliveira Paes, e Vasconcelos, Mardênia Gomes Ferreira (2012). Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22, 1101-1119. doi: 10.1590/S0103-73312012000300014

Gorovitz, Sabine e Sá, Letícia de Sá (2022). A mediação linguística como garantia de direitos no Brasil: Rumo a políticas institucionais de tradução e interpretação na Defensoria Pública da União. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, 61(3), 679-694. doi:10.1590/010318138669207v61n32022

Granada, Daniel e Detoni, Priscila Pavan (2017). Corpos fora do lugar. *Tematicas*, 25(49), 115-138. doi: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v25i49/50.11131>

Joseph, Handerson (2017). A historicidade da (e)migração internacional haitiana. O Brasil como novo espaço migratório. *Périplos: Revista De Estudos Sobre Migrações*, 1(1), 7-26, 85-106.

Losco, Luiza Nogueira e Alves, Luciana Correia (2018). Os estudos sobre migração e saúde no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Em Baeninger, Rosana et al. (Org.). *Migrações Sul-Sul* (pp. 571-583). Campinas, Brasil: Ed. Nepo-Unicamp.

Martínez Martínez, Susana (2022). Género, migraciones internacionales y barreras sociolingüísticas. *Colección Miradas Desencadenantes: construcción de conocimientos para la igualdad*, 6, 153-174.

Martínez Martínez, Susana (2020). *Migrantes haitianas y venezolanas en São Sebastião, Brasília: capacidades de agencia y sentimientos de pertenencia* (Tese de doutorado). Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil. Recuperado de https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/40433/1/2020_SusanaMart%c3%adnezMart%c3%adnez.pdf

Martínez Martínez, Susana e Gorovitz, Sabine (2017). Diglossia. Em Cavalcanti, Leonardo et al. (Org.). *Dicionário crítico das migrações internacionais* (pp. 220-225). Brasília, Brasil: Editora UnB.

Moyer, Melissa (2013). Language as a Resource. Migrant Agency, Positioning and Resistance in a Health Care Clinic. Em Duchêne, Alexandre, Moyer, Melissa e Roberts, Celia (Ed.). *Language, Migration and Social Inequalities* (pp.196-224). Bristol, Inglaterra: Multilingual Matters. doi: <https://doi.org/10.21832/9781783091010-010>

Ong, Lucille M.; De Haes, Johanna C.; Hoos, Aloysia M.; Lammes, Frites B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), 903-918. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-m](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-m)

Origuela, Daniella Avelaneda (2020). *Interpretação comunitária e migração no Brasil*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil. doi: <https://doi.org/10.11606/t.8.2020.tde-26052021-190715>

Paula, Larissa Cykman de (2017). A experiência migratória a partir da inserção local de imigrantes haitianos(as) na cidade de Porto Alegre. *Périplos: Revista De Estudos Sobre Migrações*, 1(1), 153-159. Recuperado de https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/6559

Proazzi, Raquel Beutel Semenzato (2022). *Acesso à saúde de mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas no Distrito Federal* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil. Recuperado de <https://www.bdm.unb.br/handle/10483/32896>

Puaud, David (2020). L'“empathie méthodologique”, une position éthique du chercheur face à des migrants en situation précaire. RIEM. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 9(1), 169-196. doi: <https://doi.org/10.25115/riem.v9i1.3814>

Queiroz, Mylene (2014). Panorama da interpretação em contextos médicos no Brasil: perspectivas. *Tradterm*, 23, 193-223. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-9511.tradterm.2014.85577>

Rocha, Anna Silvia, Penteado Setti da, Cunha, Tiago Rocha da, Guiotoku, Sandra e Moysés, Simone Tetu (2020). Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética. *Revista Bioética*, 28 (2), 384-389. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282400>

Santos, Aline Lima e Rossini, Rosa Ester (2018). Reflexões geográficas sobre migrações, desenvolvimento e gênero no Brasil. Em Baeninger, Rosana et al. (Org). *Migrações Sul-Sul*. 2. ed. (pp. 277-295). Campinas, São Paulo: Nepo-Unicamp.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2018). *Nota Técnica SEI-GDF nº 10/2018 - SES/SAIS/COAPS*. Brasília/DF, Brasil. Recuperado de <https://www.>

saude.df.gov.br/documents/37101/63767/Nota_Tecnica_10_2018_COAPS___Atendimento_ao_usuario_imigrante_ou_refugiado_nos_servi%C3%A7os_da_APS_do_DF.pdf

Sharpe, Pamela (Ed.). (2002). *Women, Gender and Labour Migration: Historical and Cultural Perspectives*. Londres, Inglaterra: Routledge.

Silva, Maria Bassoi Duarte da (2016). *O sofrimento psíquico do sujeito em condição de estrangeiro* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Brasil. Recuperado de <https://hdl.handle.net/1884/42445>.

Silva, Tainara Damaceno (2023). *Imigrantes no DF: A interpretação comunitária como medida de efetivação das políticas de assistência social no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) Diversidade do Distrito Federal (Brasil)* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil.

Stafford, Susan Buchanan (1984). Haitian Immigrant Women: A Cultural Perspective. *Anthropologica*, 26(2), 171-189. doi: <https://doi.org/10.2307/25605163>

Starfield, Barbara (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, Brasil: UNESCO e Ministério da Saúde.

Stewart, Moira (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 152(9), 1423-1433. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7728691/>.

Straub, Richard O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

Teixeira, Gabriela (2022). Migração, saúde e acesso a direitos: um debate necessário para a Psicologia. *Revista Contato*, 24(140), 9-11. Recuperado de <https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2022/03/Revista-Contato-140-Site-1.pdf>

Tonhati, Tânia e Pereda, Lorena (2021). A feminização das migrações no Brasil: A inserção laboral das mulheres imigrantes (2011-2020). Em Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Tadeu de e Silva, Bianca (Org.). *Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil (pp155-183)*. Brasília, DF, Brasil: OBMigra.

Portela, Bernardo, Carneiro Junior, Nivaldo, Bastos, Sílvia (2023). Análise comparativa do acesso à atenção pré-natal das mulheres migrantes internacionais e brasileiras: o caso de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *PERIPLoS. Revista de Investigação sobre Migrações*, 7(2), 231-256.

Análise comparativa do acesso à atenção pré-natal das mulheres migrantes internacionais e brasileiras: o caso de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.

Análisis comparativo del acceso a la atención prenatal de las mujeres migrantes internacionales y brasileñas: el caso de la ciudad de Francisco Morato, São paulo, Brasil.

Bernardo Portela¹
Nivaldo Carneiro Junior²
Sílvia Bastos³

RESUMO

Este estudo analisou o acompanhamento pré-natal e as características de parto de mulheres migrantes internacionais e brasileiras residentes em Francisco Morato. A pergunta que dirigiu o estudo foi: como se dá o acesso das gestantes migrantes internacionais aos serviços de pré-natal no Sistema Único de Saúde? Utilizou-se a base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e foram coletadas todas as informações do município desde janeiro de 2012 a novembro de 2022. Os dados foram analisados pelo teste qui-quadrado de Pearson. Como resultado, o estudo evidencia uma associação entre mulheres migrantes e uma idade mais avançada no momento de parto, menor escolaridade e um maior número de gestações anteriores. As mulheres migrantes estão mais propensas a começar o acompanhamento pré-natal tardiamente, realizando um menor número de

¹ Doutorando em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). E-mail: portelatbernardo@gmail.com

Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0001-8385-9547>

² Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e do Centro Universitário FMABC. E-mail: nicarneirojr@uol.com.br

Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0003-1358-9160>

³ Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. E-mail: silviabastos58@gmail.com

Rede acadêmica: <https://orcid.org/0000-0002-4405-9405>

consultas quando comparadas às mulheres brasileiras. O estudo evidenciou uma associação entre mulheres migrantes e o aumento do parto vaginal.

Palavras-chave: Emigração e Imigração. Saúde da Mulher. Saúde Sexual e Reprodutiva. Acesso aos serviços de saúde. Desigualdade Social e Saúde.

RESUMEN

Este estudio examinó el seguimiento prenatal y las características del parto de mujeres migrantes internacionales y brasileñas residentes en Francisco Morato. La pregunta que guió esta investigación fue: ¿cómo es el acceso de las mujeres migrantes internacionales a los servicios prenatal en el Sistema Único de Saúde? Utilizamos la base de datos del Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) y recopilamos información del municipio desde enero de 2012 hasta noviembre de 2022. Los datos se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Los resultados destacan una asociación entre las mujeres migrantes y una mayor edad en el momento del parto, menor nivel educativo y un mayor número de embarazos previos. Las mujeres migrantes tienden a comenzar el seguimiento prenatal más tarde y a realizar menos consultas en comparación con las mujeres brasileñas. El estudio revela una asociación entre las mujeres migrantes y un aumento en los partos vaginales.

Palabras clave: Emigración e Inmigración. Salud de la Mujer. Salud Reproductiva. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Desigualdad Social y Salud.

INTRODUÇÃO

Este trabalho parte do esforço de sistematizar os dados relativos à assistência à saúde pré-natal da população migrante internacional residente no município de Francisco Morato, São Paulo. O objetivo desta pesquisa foi analisar comparativamente as informações contidas no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) sobre o acompanhamento pré-natal e as características do parto das gestantes migrantes internacionais e brasileiras de janeiro de 2012 a novembro de 2022.

A escolha de focar o estudo na assistência pré-natal se deve, em parte, à existência de um conjunto de estudos anteriores que evidenciam as mulheres migrantes internacionais como o grupo populacional migrante que mais utiliza os serviços de saúde, com demandas relacionadas à assistência pré-natal e parto (Carneiro Junior et al., 2011; Carneiro Junior et al., 2018; Tonini e Kalckman, 2019; Waldman, 2011). Outro fator que se associa à nossa escolha

está no entendimento de que as consultas pré-natais apresentam-se como um termômetro das desigualdades sociais, na medida em que identificam quantitativamente o acesso à saúde e a continuidade do cuidado de um estrato da população, podendo ser possível compará-los com dados de outro estrato populacional (Batista, Gugelmin e Muraro, 2018; WHO, 2014).

Nesta introdução, apresentamos uma breve contextualização sobre as mudanças dos fluxos migratórios internacionais com destino ao Brasil; a importância de estudos que enfatizem a saúde das populações migrantes internacionais e a inserção da cidade de Francisco Morato nos atuais fluxos migratórios internacionais.

Migrações Internacionais com destino ao Brasil e a mudança nos fluxos de mobilidade

O Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) divulgou uma significativa mudança nos fluxos migratórios internacionais que envolveram o Brasil na década de 2010-2020. Ainda que permaneçam, desde o final do século XX, os fluxos migratórios de saída do território brasileiro com destino aos países de maior desenvolvimento, evidencia-se, também, a intensificação dos fluxos migratórios de entrada no território nacional, realizados, em sua maioria, por sujeitos provenientes de países de menor desenvolvimento, em um fluxo migratório Sul-Sul (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021).

Os dados publicados pelo OBMigra impressionam, na medida em que evidenciam a entrada de mais de 980.000 sujeitos imigrantes em território brasileiro em um período inferior a dez anos (Oliveira, 2021). Não à toa, Massey et al. (1993) afirmam que as decisões políticas sobre migrações internacionais estarão entre as decisões mais importantes no futuro breve.

Existe uma ampla literatura que evidencia a globalização como um dos principais motores dos fluxos de mobilidade humana da atualidade, uma vez que promove uma série de mudanças de ordem política e econômica, que induzem a um mundo de comércio livre, de maior flexibilidade dos mercados e dos processos de trabalho (Koser, 2016; Baeninger, 2016; Almeida e Baeninger, 2013; Peters, 2015; Patarra, 2006; Martine, 2005). Os processos migratórios, analisados por essa perspectiva, tendem a acompanhar o fluxo do capital, direcionando-se para localidades melhor posicionadas no cenário de comércio global (Baeninger, 2016; Baeninger e Peres, 2015).

Em parte, a inserção brasileira na atual rota das migrações internacionais reflete o cenário indicado por essas literaturas. Na medida em que o Brasil intensifica suas relações de comercialização de bens e produtos com países os países do Sul Global, intensificam-se também os fluxos de mobilidade humana entre essas localidades (Baeninger, Demétrio e Domeniconi, 2019; Manrique, 2012). Todavia, existe um conjunto de outros fatores que auxiliam na compreensão do aumento significativo de imigrantes internacionais em solo brasileiro nos últimos anos. Pesquisas evidenciam que as restrições

impostas pelos países do Norte Global – Estados Unidos e países da Europa – à entrada de imigrantes, principalmente após a crise econômica de 2007, bem como o crescimento econômico presenciado no Brasil a partir de 2011, são fatores que se relacionam com o aumento dos fluxos de entrada no território brasileiro (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021; Baeninger e Peres, 2015).

Ainda que a globalização e a posição brasileira no cenário econômico sejam fatores que ajudem a compreender a força atrativa que o Brasil tem exercido na última década, é importante evidenciarmos que os processos de mobilidade das populações ao redor do globo ganham, na contemporaneidade, uma complexidade e dinamismo anteriormente inimagináveis. Existe uma pluralidade de deslocamentos, bem como de modalidades migratórias, que acabam por repercutir em distintas maneiras de estabelecimento e inserção nos países de destino (Baeninger e Peres, 2015; Almeida e Baeninger, 2013).

Migrantes econômicos, ambientais, pessoas que saem de seus países devido às condições de guerra existentes em seus territórios ou até mesmo em razão de uma grave e generalizada violação de seus direitos humanos são exemplos que evidenciam a complexidade dos fluxos de mobilidade, bem como os desafios que os estudos encontram para compreender e analisar as questões relacionadas à migração. Diante disso, pesquisadores sobre os fluxos de mobilidade têm apontado para a necessidade de incorporação de diferentes perspectivas teóricas para a produção de conhecimentos sobre o complexo e multifacetado campo das migrações internacionais (Baeninger, 2016; Almeida e Baeninger, 2013; Massey et al., 1993).

Migração Internacional e Saúde

Sayad (1998) afirma que o conhecimento sobre os fluxos migratórios só pode ser captado através da análise dos diversos fatores que o condicionam e que com ele se associam. Nesse sentido, uma análise que articula o campo da saúde e da assistência prestada à saúde dos migrantes internacionais no território de destino torna-se um importante balizador da integração dos migrantes nos territórios de recepção, bem como sobre suas possibilidades de produção de saúde-doença-adoecimento, identificando a existência de possíveis iniquidades e desigualdades na produção de uma vida saudável por essa parcela da população (Goldberg, Martin e Silveira, 2015).

Partimos do entendimento de que a saúde é uma produção social. Ao afirmar isso, sustentamos que as condições de saúde estão articuladas com as condições sociais de vida e que a organização da sociedade tem impacto direto sobre a possibilidade de produção da saúde e também da doença (Laurell, 1982). Em uma sociedade com estratos sociais desiguais, tem-se, portanto, condições distintas de saúde-doença, de modo que os diferentes grupos sociais possuem diferentes perfis de saúde, adoecimento e possibilidades de intervenção para a manutenção e recuperação de sua saúde. Esse conjunto de diferenças e variabilidades expressa as desigualdades sociais de

saúde (Barata, 2012; Barata, 2009; Paim, 1997). Castellanos (1997) consegue sintetizar de maneira muito precisa o entendimento sobre desigualdades sociais e saúde quando afirma:

Cada indivíduo, família e comunidade, em geral, em cada momento de sua existência sente necessidades e corre riscos que lhes são próprios seja em função de idade, sexo ou outros atributos individuais, seja em decorrência de sua localização geográfica e ecológica, sua cultura e nível educacional ou ainda por sua situação econômica e social, aspectos que se traduzem em um perfil de problemas de saúde, os quais afetam em maior ou menor grau suas possibilidades de realização pessoal e coletiva (Castellanos, 1997, p. 62).

Considerando que as condições de saúde estão articuladas com as condições sociais de vida, o acolhimento e a inclusão dos sujeitos imigrantes apresentam-se como desafios para a governança em nível nacional. Os fluxos de mobilidade provocam um aumento das demandas dos serviços públicos que precisam, assim, criar estratégias para ultrapassar as diversas barreiras de ordem cultural, social, política e econômica que envolvem a atuação com o migrante a fim de garantir a proteção e o cuidado desses sujeitos (Menéndez, 2016; Carneiro Junior et al., 2011).

É válido ressaltar que a saúde é, em território brasileiro, um direito de todos e de dever do Estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988; Lei 8.080, 1990), sendo um meio essencial para a garantia da vida e da dignidade humana (Slaibi, 2010). Orientado pelo acesso universal e equânime, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos seus princípios mais básicos o atendimento integral a todos os sujeitos dentro do território nacional, sendo qualquer tipo de discriminação ou pré-conceito que dificulte a possibilidade de acesso aos serviços de saúde, atos inconstitucionais (Oliveira, 2010).

Contudo, o SUS encontra muitos desafios no que concerne à organização de um serviço que seja, de fato, universal, integral e equitativo (Noronha, Lima e Machado, 2012). No que diz respeito ao atendimento às populações migrantes, barreiras culturais e linguísticas são os fatores que mais se apresentam como dificultadores do acesso e para a continuidade do cuidado (Waldman, 2011). Carneiro Junior et al. (2011) evidenciam que as barreiras de acesso aos serviços de saúde impactam de maneira negativa nas condições de produção de uma vida saudável pelas populações migrantes internacionais.

Pesquisas realizadas no âmbito nacional evidenciam que as mulheres, por mais que representem a minoria nos fluxos migratórios internacionais com destino ao Brasil⁴, são a maioria dos migrantes internacionais a acessarem

⁴ Segundo o relatório do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), quando estratificamos a entrada de migrantes internacionais em solo brasileiro por gênero, as mulheres correspondem a aproximadamente 36% do total de migrantes que deram entrada no território nacional (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021).

os serviços públicos de saúde (Carneiro Junior et al., 2011; Carneiro Junior et al., 2018; Tonini e Kalckman, 2019; Waldman, 2011). Segundo esses estudos, grande parte das demandas da população feminina estão relacionadas aos serviços de atendimento pré-natal e à atenção ao ciclo gravídico puerperal. O acompanhamento pré-natal é baseado em uma série de atividades que incluem a avaliação do risco materno e o monitoramento do processo gestacional, permitindo realizar a prevenção, identificação e tratamento de fatores de risco tanto para a mãe quanto para o bebê (Sherraden e Barrera, 1996).

Com o acompanhamento pré-natal realizado desde o primeiro trimestre, há a possibilidade de uma maior realização de exames e de um acompanhamento longitudinal. Esse acompanhamento se reflete em maior peso da criança ao nascer e em menor índice de complicações durante a gestação e o parto (Anjos e Boing, 2016). Lima et al. (2017) constaram que o número de consultas pré-natal abaixo de sete está associado ao aumento da mortalidade infantil, revelando a necessidade de esforço das entidades públicas para o aumento do número de consultas pré-natais. A Organização Mundial da Saúde, nesse sentido, aponta o acompanhamento pré-natal como um modificador dos desfechos negativos, diminuindo a possibilidade de abortos, nascimentos prematuros, abaixo do peso e de natimortos (WHO, 2014).

Todavia, quando pensamos sobre o acesso das mulheres migrantes internacionais a esses serviços, cabem problematizações sobre a qualidade com que ele é ofertado e as estratégias utilizadas para garantir a promoção e o cuidado longitudinal dessas populações. Corbani e Bastos (2010) identificaram que o atendimento e a assistência à saúde pré-natal apresentam, na percepção das mulheres gestantes, uma série de desafios, como a falta de protagonismo das usuárias diante das propostas de intervenção e os diálogos impositivos e pouco explicativos por parte da equipe de saúde. Tais fatores apresentam uma relação com a diminuição da procura das gestantes pelos serviços de saúde e, quando pensados em sua relação com as gestantes migrantes, permitem-nos identificar uma dificuldade ainda maior no estabelecimento de cuidado, haja vista as barreiras de comunicação impostas por uma diferente base linguística, bem como pelos padrões normativos-culturais, que estabelecem outras formas de conceber os processos de saúde-doença-assistência-cuidado (Menéndez, 2016; Waldman, 2011).

Imigração Internacional para a cidade de Francisco Morato, São Paulo

O estado de São Paulo apresenta-se como a região que mais acolhe migrantes internacionais no Brasil. Estima-se que cerca de 31,5% de todos os imigrantes que entraram no país residem atualmente no estado (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021). Somente a título de exemplificação, estima-se que 70% dos imigrantes bolivianos que residem no Brasil estão na região metropolitana do estado de São Paulo (Carneiro Junior et al., 2022).

O município de Francisco Morato compõe a Região Metropolitana de São Paulo e é um território com aproximadamente 179.372 habitantes (IBGE, 2021), divididos em 106 bairros, todos distribuídos ao longo do eixo ferroviário que liga a cidade de Jundiaí à cidade de São Paulo (IBGE, 2021). As residências do município contam com características do modelo de periferização, muitas vezes situadas em locais impróprios para habitação, comprometendo o assoreamento dos leitos dos rios, o que conseqüentemente agrava as enchentes e os processos erosivos que existem no município (Vidali, 2019; Chagas, 2007).

Segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) de 2018, indicador criado pelo Governo do Estado de São Paulo com o objetivo de medir o desenvolvimento humano de todos os municípios do estado, o município de Francisco Morato estava em 600º lugar de um total de 645 municípios. A cidade, segundo o IPRS, é classificada como um território vulnerável, estando entre os “municípios mais desfavorecidos do Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais”. O nível de escolaridade da população moratense é baixo, bem como suas expectativas de vida, denotando a vulnerabilidade da população que reside do município.

Historicamente, a cidade de Francisco Morato construiu-se a partir do processo de periferização de migrantes internos do território brasileiro que imigravam para a capital São Paulo, mas que, devido a suas baixas condições econômicas, não conseguiam se estabelecer no grande centro urbano (Vidali, 2019; Chagas, 2007). A periferização, na qualidade de um fenômeno geográfico e político, define-se como o processo que coloca em desvantagem determinadas classes e estratos sociais, na medida em que os afasta dos centros de poder econômico, político e social (Maia, 2010).

A questão, como afirma Santos (1993), não é meramente geográfica, pois os grandes centros se desenvolvem de maneira espraiada, a partir da proliferação de diversos loteamentos vazios e inabitados voltados para a especulação imobiliária, fazendo com que grande parte da população que carece de poder econômico ocupe as franjas das cidades (Maia, 2010). Não à toa, a principal característica do município de Francisco Morato é ser uma cidade-dormitório, ou seja, seus habitantes residem na cidade, mas realizam grande parte das suas atividades diárias na capital do estado, voltando para a cidade somente no horário noturno.

Nos últimos anos, observou-se um crescimento populacional de migrantes internacionais que residem no município. Embora não haja dados demográficos e populacionais específicos sobre essa população, é evidente, quando andamos nas ruas da cidade, o encontro com sujeitos de outra nacionalidade e cultura. O aumento da recepção dessa população foi observado, inclusive, por gestores das secretarias de saúde e de assistência social do município⁵.

⁵ Esses dados foram obtidos durante o delineamento desta pesquisa, a partir de conversas prévias estabelecidas com profissionais que atuam em nível de gestão da Saúde e Assistência Social do município.

Dessa forma, partimos do entendimento de que a acolhida da população imigrante internacional pela cidade de Francisco Morato pode demonstrar, mais uma vez, o caráter de periferização dos processos migratórios com destino à cidade de São Paulo, desta vez, em âmbito internacional.

Tendo destacado a relevância dos fluxos imigratórios para o território brasileiro, a posição que a cidade de Francisco Morato ocupa nos fluxos com destino à região metropolitana de São Paulo, bem como a importância do acompanhamento pré-natal para desfechos positivos da saúde materno-infantil, o objetivo desta pesquisa foi analisar comparativamente as informações contidas no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), relacionadas ao acompanhamento pré-natal e ao parto das gestantes imigrantes internacionais e brasileiras residentes no município de Francisco Morato de janeiro de 2012 a novembro de 2022. Buscamos, a partir disso, responder à pergunta: como se dá o acesso das gestantes imigrantes internacionais aos serviços de atendimento pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS)?

METODOLOGIA

Esta pesquisa fez parte de uma assessoria desenvolvida pelo Instituto de Saúde vinculado à Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo em parceria com o município de Francisco Morato, com o objetivo de realizar uma análise-situacional do sistema de saúde do município, a fim de oferecer subsídios para o fortalecimento do SUS. A pesquisa faz parte de um projeto guarda-chuva, e foi realizada como parte do Programa de Especialização em Saúde Coletiva⁶.

Os dados foram obtidos a partir de um corte transversal da base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), em que se analisou as informações de todas as mães e dos recém-nascidos vivos do município de Francisco Morato, no período de janeiro de 2012 a novembro de 2022, estratificados por nacionalidade da mãe. O banco de dados foi fornecido pela Vigilância Sanitária Municipal de Francisco Morato, SP.

As informações coletadas estão dispostas nos cinco primeiros blocos de informação da Declaração de Nascidos Vivos, são elas: idade da mãe, estado civil da mãe, escolaridade da mãe, gestações anteriores, nascidos vivos, nascidos mortos, período gestacional, início do pré-natal, quantidade de consultas pré-natais realizadas, tipo de parto, peso da criança ao nascer, Apgar no primeiro e no quinto minuto.

Para a realização das análises, os dados obtidos foram agrupados em diferentes categorias. Para os dados referentes às características da gestante,

⁶ Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde sob o número: 57550722.6.0000.5469

as variáveis foram organizadas da seguinte forma: para a “idade da mãe”, estratificou-se os dados entre mulheres com 19 anos ou menos, entre 20 e 29 anos e acima dos 30 anos; a variável “estado civil” foi organizada pelas categorias solteira, casada e outros (na categoria outros encontram-se as mulheres migrantes internacionais em união estável, divorciadas e viúvas, o agrupamento justifica-se pelo baixo número de migrantes nessas condições); no que se refere à variável “escolaridade da mãe”, organizamos os dados com base nos anos de estudo em três categorias: 7 anos ou menos de estudo, entre 8 e 11 anos de estudo e 12 anos ou mais; para as variáveis “gestações anteriores” e “número de nascidos vivos”, a pesquisa apresentou os dados por meio das categorias nenhum caso, de um a três casos e acima de três; na variável “nascidos mortos”, devido à pequena população de mulheres migrantes internacionais, os dados foram agrupados em ter nascimentos de filhos mortos ou não.

Quanto aos dados referentes aos neonatos, as variáveis foram organizadas conforme as normas jurídicas brasileiras e recomendações da WHO (2014). Para a “duração da gestação”, todos os partos realizados em data inferior ou igual a 36 semanas foram classificados como pré-termo; de 37 a 41 semanas, como a termo; e acima ou igual a 42, como pós-termo. A adoção dessa classificação leva em consideração o documento publicado pela OMS (WHO, 2014). Sobre o “início do pré-natal” e a “quantidade de consultas realizadas”, a pesquisa levou em consideração a portaria nº 715 de 2022, que recomenda o início das consultas pré-natais antes do terceiro mês de gestação, com uma meta de no mínimo seis consultas pré-natais até o momento de parto (Ministério da Saúde, 2022). Os dados da variável “tipo de parto” foram organizados entre as categorias parto vaginal e parto por cirurgia cesárea; a variável “peso da criança ao nascer” segue as orientações da OMS, ou seja, toda criança com menos de 2500 gramas é considerada abaixo do peso (WHO, 2014). Foi avaliado ainda, o “Apgar no primeiro minuto de vida”. O Apgar é um método avaliativo baseado em cinco sinais vitais primordiais do recém-nascido (frequência cardíaca, respiração, irritabilidade reflexa, cor da pele e tônus muscular), que recebem uma pontuação de zero a dois pontos (Simão, 2020). Recém-nascidos que apresentam resultados inferiores a sete necessitam de cuidados adicionais; bebês com resultados superiores a sete indicam o nascimento sadio (Simão, 2020; Oliveira et al., 2012). Oliveira et al. (2012) indicam que o Apgar, em conjunto com o peso ao nascer e a duração do parto são indicadores associados à sobrevivência do recém-nascido.

Todos os dados foram avaliados com base no teste qui-quadrado de Pearson, teste estatístico que busca analisar se duas ou mais variáveis estão relacionadas de maneira significativa ou se são independentes. No caso do estudo em questão, o teste qui-quadrado aponta a existência ou não de uma associação entre nacionalidade (nacional ou estrangeira) com outra variável, como por exemplo, o início tardio do pré-natal e o baixo peso da criança ao nascer. O valor de “p” do teste qui-quadrado indica a probabilidade de associação entre as variáveis analisadas, em que os valores inferiores a 0,05 sugerem uma relação forte, de modo a se concluir que existe uma associação entre elas (Fukunaba et al., 2018). Todas as análises foram realizadas por meio do Software SPSS, versão 23.

RESULTADOS

Entre os anos de 2012 e 2022, houve 30.810 nascimentos na cidade de Francisco Morato. Desse total de registros, os dados da vigilância evidenciam que 242 nascimentos foram de mães migrantes internacionais (0,79%). As nacionalidades, bem como o número de nascimentos, estão apresentados na Tabela 1.

Ao calcular a porcentagem de nascidos vivos ano a ano, podemos identificar um aumento no número de recém-nascidos de mulheres imigrantes internacionais que residem no município. Com exceção de quatro anos (2016, 2018, 2020 e 2022), os dados evidenciam um aumento consecutivo no número de nascidos vivos. Quando comparamos o ano de 2022 com o ano de 2012, constatamos, por exemplo, que o número de nascidos vivos de mulheres migrantes internacionais triplicou no território moratense. É importante notar que os dados de 2022 estão incompletos, e as informações disponíveis incluem dados até novembro de 2022. O número percentual de nascidos vivos de mulheres imigrantes e brasileiras pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 01. Nacionalidade das mães migrantes de nascidos vivos do município de Francisco Morato 2012 - 2022

País	Nascidos vivos	
	N	%
Bolívia	135	55,8%
Haiti	82	33,9%
Paraguai	10	4,1%
China	5	2,1%
Peru	4	1,7%
Venezuela	2	0,8%
Angola	1	0,4%
Chile	1	0,4%
Bangladesh	1	0,4%
Cuba	1	0,4%
Total geral	242	100%

Fonte: Dados Sinasc obtidos por meio da Vigilância Sanitária Municipal de Francisco Morato, São Paulo.

Tabela 02. Número percentual anual de nascidos vivos de mães imigrantes e brasileiras no município de Francisco Morato 2012 - 2022

Ano	Total de nascidos vivos		Mães Imigrantes		Mães Brasileiras	
	N	%	N	%	N	%
2012	2.834	100,0%	9	0,32%	2.825	99,68%
2013	2.949	100,0%	13	0,44%	2.936	99,56%
2014	3.067	100,0%	17	0,55%	3.050	99,45%
2015	3.112	100,0%	23	0,74%	3.089	99,26%
2016	2.920	100,0%	15	0,51%	2.905	99,49%
2017	2.928	100,0%	26	0,89%	2.902	99,11%
2018	2.880	100,0%	19	0,66%	2.861	99,34%
2019	2.836	100,0%	30	1,06%	2.806	98,94%
2020	2.605	100,0%	24	0,92%	2.581	99,08%
2021	2.685	100,0%	40	1,49%	2.645	98,51%
2022	1.994	100,0%	26	1,30%	1.968	98,70%
Total geral	30.810	100,0%	242	0,79%	30.568	99,21%

Fonte: Dados Sinasc obtidos por meio da Vigilância Sanitária Municipal de Francisco Morato, São Paulo.

As análises estatísticas nos permitem identificar uma associação entre ser migrante e ter uma idade mais elevada no momento do parto, menor escolaridade em número de anos e estar solteira no momento do parto (Tabela 3). Quanto ao histórico reprodutivo, há uma associação entre mulheres migrantes internacionais e um número maior de filhos nascidos vivos; no entanto, não são observadas diferenças estatísticas entre mulheres migrantes e brasileiras na variável de filhos nascidos mortos (Tabela 3).

Na análise dos neonatos, não foram observadas diferenças estatísticas na duração da gestação entre mulheres brasileiras e migrantes internacionais. O pré-natal, no entanto, apresenta diferenças significativas em relação ao seu início, bem como no número de consultas realizadas até o momento do parto. As mulheres migrantes iniciam o acompanhamento pré-natal mais tardiamente, realizando um menor número de consultas quando comparadas às mulheres brasileiras, afastando-se, inclusive, das definições preconizadas pela portaria federal e recomendações da OMS, conforme demonstra a Tabela 04 (Ministério da Saúde, 2022; WHO, 2014). Em relação

ao parto, há uma associação entre as mulheres migrantes internacionais e um maior número de partos vaginais. O peso ao nascer e o Apgar no primeiro minuto não apresentam diferenças substanciais, portanto, não são variáveis significativas na identificação de desigualdades entre recém-nascidos de mulheres brasileiras e migrantes internacionais (Tabela 04).

Tabela 03. Características das mães de nascidos vivos do município de Francisco Morato 2012 - 2022

	Total		Mães Migrantes		Mães Brasileiras		P
	N	%	N	%	N	%	
Faixa Etária em anos							< 0,001
≤ 19 anos	5.238	17,00%	15	6,20%	5.243	17,15%	
De 20 a 29 anos	15.917	51,6%	129	53,31%	15.788	51,65%	
≥ 30 anos	9.635	31,27%	98	40,50%	9.537	31,20%	
Estado Civil							<0,001
Solteira	19.701	64,25%	183	77,87%	19.518	64,14%	
Casada	9.277	30,25%	48	20,43%	9.229	30,33%	
Outros	1.687	5,50%	4	1,70%	1.683	5,53%	
Escolaridade em anos							0,007
≤ 7 anos	3.432	11,20%	38	16,17%	3.394	11,16%	
De 8 a 11 anos	24.176	78,89%	184	78,30%	23.992	78,90%	
≥ 12 anos	3.037	9,91%	13	5,53%	3.024	9,94%	
Gestações Anteriores							0,001
Nenhum	10.901	36,0%	60	24,79%	10.841	36,05%	
1 - 3	16.873	55,7%	163	67,36%	16.711	55,56%	
≥ 4	2.544	8,4%	20	8,26%	2.524	8,39%	
Nascidos Vivos							0,010
Nenhum	12.599	40,9%	77	32,08%	12.522	40,96%	
1 - 3	16.521	53,6%	152	63,33%	16.369	53,55%	
≥ 4	1.690	5,5%	11	4,58%	1.679	5,49%	
Nascidos Mortos							0,500
Nenhum	25.476	82,2%	194	83,98%	25.282	82,17%	
≥ 1	5.534	17,8%	47	20,35%	5.487	17,83%	

Fonte: Dados Sinasc obtidos por meio da Vigilância Sanitária Municipal de Francisco Morato, SP e trabalhados no Software SPSS, versão 23. Tabela 04. Características

Tabela 04. Características dos neonatos, das condições de nascimento e pré-natal de nascidos vivos do município de Francisco Morato 2012 - 2022

	Geral		Nascidos Vivos de Mães Migrantes		Nascidos Vivos de Mães Brasileiras		P
	N	%	N	%	N	%	
Duração da gestação							0,170
Pré-Termo	3.705	12,20%	20	8,33%	3.685	12,23%	
A termo	25.684	84,56%	213	88,75%	25.471	84,53%	
Pós-Termo	983	3,24%	7	2,92%	976	3,24%	
Início de pré-natal							< 0,001
≤ 3 mês	24.321	84,37%	165	73,33%	24156	84,5%	
≥ 4 mês	4.504	15,63%	60	26,7%	4444	15,5%	
Consultas pré-natais							< 0,001
≤ 6	7.962	26,08%	81	34,03%	7.881	26,02%	
≥ 7	22.568	73,92%	157	65,97%	22.411	73,98%	
Tipo de parto							< 0,001
Vaginal	17.143	55,68%	173	71,49%	16.970	55,56%	
Cesárea	13.645	44,32%	69	28,51%	13.576	44,44%	
Peso ao nascer							0,113
≤ 2499g	2.974	9,65%	16	6,61%	2.678	9,63%	
≥ 2500g	27.835	90,35%	226	93,39%	25.132	90,44%	
Apgar 1º							0,397
≤ 7	3.874	12,6%	26	10,83%	3.848	12,66%	
8 - 10	26.763	87,4%	214	89,17%	26.549	87,34%	

Fonte: Dados Sinasc obtidos por meio da Vigilância Sanitária Municipal de Francisco Morato, SP e trabalhados no Software SPSS, versão 23.

DISCUSSÃO

No que se refere à nacionalidade das mães de nascidos vivos da cidade de Francisco Morato, o estudo destaca que as mulheres bolivianas constituem a maioria das gestantes não nacionais no município (55,8%), seguidas pelas haitianas (33,9%). Essas observações estão em conformidade com estudos nacionais. O relatório divulgado pelo OBMigra (2018) indicou que pessoas de nacionalidade haitiana e boliviana foram as que mais ingressaram em território brasileiro no período de 2010 a 2017 (Cavalcanti, Oliveira e Macedo, 2018). Xavier (2012), com base em censos de 2000, estima que cerca de 44% da população migrante boliviana que reside no Brasil viva na região metropolitana de São Paulo. As estimativas reais sobre o tamanho da população são difíceis de obter, dado o número de migrantes que entram no território brasileiro de maneira indocumentada, o que dificulta a sistematização dos dados. No

entanto, é consenso que São Paulo abrigue a maior população de migrantes bolivianos no Brasil (Cymbalista e Xavier, 2007). A situação é semelhante com a população haitiana. Embora não existam dados precisos, estima-se que 18% dos haitianos que vivem em território nacional residam na região metropolitana de São Paulo (Parise e Diémé, 2016).

Ao analisar a porcentagem de nascidos vivos ano a ano, observamos um aumento no número de nascidos vivos de mulheres imigrantes em Francisco Morato. Isso sugere um aumento nos fluxos de mobilidade de migrantes internacionais com destino à cidade nos últimos anos. Esse fenômeno pode estar relacionado aos pressupostos mencionados anteriormente, isto é, à ideia de que o município de São Paulo exerce uma força atrativa de migrantes internacionais, mas muitos deles ao chegar na capital, emigram devido à dificuldade de se estabelecer economicamente em seu território (Vidali, 2019; Chagas, 2007). Francisco Morato, nessa lógica, recebe a contingente populacional de menores condições econômicas dos fluxos migratórios estabelecidos para a capital do estado (Maia, 2010; Santos, 1993).

Partindo para a análise dos dados referentes às características das mães, pode-se observar que existe uma associação entre as mulheres migrantes internacionais e parto acima dos 30 anos de idade. Esses dados, quando comparados com o estudo realizado por Ferreira (2019), que buscou analisar as mesmas variáveis entre mães nacionais e mães migrantes internacionais na cidade de São Paulo, apresentam diferenças importantes. O Estudo de Ferreira (2019) evidenciou um pico de nascimentos de mulheres migrantes na faixa etária entre 20 e 29 anos. Dada a proximidade da cidade de São Paulo com Francisco Morato e os diferentes padrões de idade durante o período gestacional, os dados apresentados podem servir como ponto de partida para estudos posteriores que busquem apontar possíveis explicações para esse fenômeno.

A idade mais elevada das mulheres migrantes em período gestacional em comparação às mulheres brasileiras pode estar relacionada a diversas variáveis, no entanto, estudos semelhantes sugerem que tal fator pode apresentar relação com a migração tardia realizada pelo público feminino, de modo que grande parte das mulheres migrantes realizam os processos de mobilidade em idade laboral (Ferreira, 2019; Batista, Gugelmin e Muraro, 2018).

É importante destacar que a gravidez acima dos 35 anos é classificada pelo Ministério da Saúde como uma gravidez de risco, podendo existir uma série de complicações que podem influenciar diretamente no curso gestacional e da saúde do puerpério (Ministério da Saúde, 2010). As recomendações, conforme o próprio Ministério, estão relacionadas ao aumento do cuidado oferecido pelos serviços de saúde por meio das consultas pré-natais, indispensável para as gestantes acima dos 35 anos que necessitam de uma maior atenção dos serviços públicos de saúde (Ministério da Saúde, 2010).

O nível de instrução, por sua vez, é um fator de importante relevância para a saúde da mãe e do neonato, uma vez que a educação materna é uma das principais variáveis socioeconômicas que podem contribuir para a diminuição da mortalidade infantil, influenciando mudanças no estilo de vida, bem como um melhor aproveitamento dos serviços públicos e das recomendações de saúde (Ministério da Saúde, 2018; Ribeiro et al., 2018; CNDSS, 2008). Os resultados encontrados em Francisco Morato, nesse âmbito, assemelham-se aos de outros estudos realizados na temática e evidenciam uma menor instrução em número de anos de estudo das mulheres imigrantes em comparação com as mulheres nacionais (Ferreira, 2019; Batista, Gugelmin e Muraro, 2018). O baixo nível de instrução está associado ao aumento da mortalidade infantil e dos riscos durante o desenvolvimento da infância, sendo definido, pelo Ministério de Saúde como uma variável de risco para o pleno desenvolvimento da primeira infância, necessitando de acompanhamento prioritário dos profissionais da atenção básica (Ministério da Saúde, 2018).

A situação conjugal é outra variável de relevância para as mulheres migrantes e de seu estabelecimento no país de destino. A análise estatística da base de dados de Francisco Morato permite-nos afirmar que existe uma associação entre nacionalidade migrante e uma maior prevalência de nascimentos de filhos vivos por mulheres solteiras. Os dados percentuais indicam que a maioria das mulheres migrantes internacionais é mãe solo (77,87%).

As consequências do cuidado uniparental durante o período gestacional e puerpério são amplamente estudadas na literatura e indicam uma possível situação de vulnerabilidade tanto para as mulheres quanto para seus recém-nascidos. Isso ocorre devido aos prejuízos econômicos, sociais e emocionais que a uniparentalidade pode acarretar para a mãe e para o bebê. Lima et al. (2017) identificaram uma associação entre o óbito infantil e a situação conjugal sem parceiro das mulheres durante os primeiros anos do recém-nascido. Sousa et al. (2021) constataram que as mulheres que estão desacompanhadas durante o processo de gravidez apresentam risco três vezes maior de desenvolver sintomas depressivos. Ainda que a ausência de uma figura que possa compartilhar o cuidado possa ser compensada, de maneira a não prejudicar o desenvolvimento infantil, Martin e Piccinini (2009) explicam que a situação uniparental exige recursos adaptativos intensos da mãe, bem como de sua rede familiar e afetiva, que precisa ser mobilizada para propiciar o cuidado.

Diante disso, ao considerarmos a população de mulheres migrantes internacionais, sua rede de apoio no país de destino pode ser fragilizada, uma vez que parte de seus familiares e de sua rede de suporte que poderia ser contatada permanece em seu território de origem. A necessidade de conciliar o trabalho, as atividades domésticas e o cuidado com o desenvolvimento saudável do bebê de forma solitária pode ser um fator gerador de sofrimento e adoecimento, afetando tanto a mãe quanto o neonato.

Ainda que a base de dados analisada não nos permita identificar as condições socioeconômicas relativas ao trabalho, à moradia e à renda, é indiscutível que esses fatores se apresentam como um elemento decisivo para o desenvolvimento infantil e a produção de uma vida saudável. Para as populações migrantes internacionais, o exercício de uma profissão remunerada é a garantia do estabelecimento no país de destino, bem como da possibilidade de prover aquilo que é indispensável para o mantimento da sua vida pessoal e da de seus filhos (Villen, 2016).

Bertolo (2018) indica o aumento da feminização dos fluxos migratórios internacionais. No entanto, os processos de recepção e integração na sociedade de destino revelam-se exploratórios da mão de obra feminina, uma vez que as mulheres tendem a assumir trabalhos em segmentos precarizados, marcados pela segregação laboral. Estudos realizados na região metropolitana de São Paulo revelam a existência de diversos segmentos laborais que veem no sujeito migrante internacional, uma possibilidade lucrativa, mediante a exploração de sua mão de obra em um mercado de trabalho que paga, por vezes, abaixo do mínimo salarial exigido por lei (Mcauliffe e Triandafyllidou, 2021; Pachi, 2020a; Pachi, 2020b; Carneiro Junior et al., 2018; Bertolo, 2018; Magalhães, Bógus e Baeninger, 2018). Esse conjunto de evidências indica a possibilidade de exploração da mão de obra migrante feminina que reside no município de Francisco Morato, o que, associado à condição uniparental, interfere diretamente na saúde das mulheres migrantes e de seus recém-nascidos.

Quanto ao número de gestações anteriores, as análises estatísticas identificaram a existência de uma associação entre mulheres migrantes e um maior número de gestações anteriores quando comparadas as mulheres nacionais. Essa associação assemelha-se à encontrada no estudo realizado por Ferreira (2019) na cidade de São Paulo, que também identificou um maior número de gestações anteriores em mulheres migrantes.

Partindo, então, para as características do neonato, pré-natal e parto, o presente estudo encontrou três variáveis com diferença significativa entre mães nacionais e não nacionais: tipo de parto, início de pré-natal e quantidade de consultas pré-natais realizadas até o momento do parto. A análise estatística realizada nos permite identificar que existe uma associação entre mulheres migrantes e o aumento dos partos vaginais, bem como o início tardio do pré-natal (após o terceiro mês gestacional) e um menor número de consultas pré-natais, o que se afasta das recomendações estabelecidas pela portaria brasileira e pela OMS (Ministério da Saúde, 2022; WHO, 2014). Outras variáveis, como a duração da gestação, o peso da criança ao nascer e o Apgar, não mostraram diferenças significativas, indicando que mulheres migrantes e nacionais apresentam dados estatisticamente semelhantes.

O parto realizado por mulheres migrantes internacionais, quando comparado com os realizados por mulheres nacionais, apresenta-se como um fator protetivo. Os dados evidenciam que a porcentagem de parto vaginal entre

mulheres migrantes e nacionais é, respectivamente, 71,49% e 55,56%. Nos estudos de Sass et al. (2010) e Ferreira (2019), ambos realizados na cidade de São Paulo, foi observado que mulheres migrantes têm uma proporção maior de partos vaginais em comparação com brasileiras. Vários fatores contribuem para explicar essa diferença percentual. No Brasil, existe uma cultura centrada no protagonismo médico, em que o parto é frequentemente determinado pela disponibilidade e agenda dos médicos. Além disso, existe uma falsa compreensão de que a cirurgia cesárea é mais segura do que o parto normal (Anjos et al., 2014; Oliveira et al., 2016).

É importante ressaltar, no entanto, que o parto vaginal espontâneo significa que a mulher deu à luz com a menor intervenção possível, e isso está relacionado a menos problemas de saúde para a criança após o nascimento (Väisänen, Remes e Martikainen, 2022). A Organização Mundial da Saúde tem apontado para a preferência dos partos vaginais, recomendado o padrão de cirurgia cesárea em apenas 15% dos casos de gravidez (OMS, 2015).

Ao analisar o início do pré-natal, observou-se que as mulheres migrantes iniciam o acompanhamento mais tardiamente em comparação com as mulheres brasileiras. Vale ressaltar que o acompanhamento pré-natal é um método fundamental para prevenir, identificar e tratar fatores de risco, reduzindo o risco de mortalidade neonatal durante o parto e nos primeiros meses de vida e a ocorrência de baixo peso ao nascer (OMS, 2015). Um estudo de abrangência nacional conduzido por Viellas et al. (2014) revelou que, nos anos de 2011-2012, 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes do quarto mês gestacional e realizaram seis consultas ou mais em 73,1% dos casos. Entretanto, pesquisas que investigam a assistência pré-natal prestada à população migrante internacional não parecem coincidir com os dados apresentados pelas autoras.

Em âmbito internacional, o estudo realizado por Sherraden e Barrera (1996) nos Estados Unidos indica que 55% das mulheres mexicanas iniciaram o atendimento pré-natal no período recomendado. Fobelets et al. (2015), na Bélgica, constataram que as mulheres migrantes internacionais têm três vezes mais probabilidade de iniciar o acompanhamento pré-natal tardiamente em comparação com as mulheres nacionais.

Estudos realizados na América Latina e no Brasil também apresentam evidências semelhantes. Cabieses et al. (2017), ao desenvolverem pesquisa no ano de 2012 em um estado chileno, concluíram que o atendimento pré-natal anterior ao terceiro mês de gestação é realizado em 66,6% das mulheres chilenas e em somente 33,4% das mulheres migrantes internacionais. Em nível nacional, Ferreira (2019) explica que as mulheres de nacionalidade boliviana iniciaram o acompanhamento após o terceiro mês de gestação em quase metade dos casos (47,9%). Os dados encontrados em Francisco Morato, dessa forma, assemelham-se a estudos similares, demonstrando, em mais um aspecto, a vulnerabilidade que a população migrante internacional vivencia no país de destino.

O número de consultas pré-natais realizadas também foi uma variável que demonstrou diferença significativa. As mulheres migrantes que residem em Francisco Morato enfrentam uma maior vulnerabilidade em comparação com as mulheres locais. Isso se reflete no fato de que 34% das mulheres migrantes realizaram seis consultas pré-natais ou menos, enquanto essa porcentagem fica em torno de 26% entre as mulheres nacionais. Os dados encontrados em nossa pesquisa se aproximam bastante dos resultados obtidos por Ferreira (2019) na cidade de São Paulo (37,1% e 22,8%, respectivamente). Isso indica um possível padrão desfavorável no acesso e no atendimento das mulheres migrantes internacionais nos serviços de saúde pré-natal brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo analisou comparativamente informações quantitativas relacionadas ao acompanhamento pré-natal e parto realizado pelas gestantes migrantes internacionais e brasileiras residentes no município de Francisco Morato nos anos de 2012 a novembro de 2022, tentando, a partir disso, identificar como se dá o acesso das gestantes internacionais à assistência pré-natal.

Os resultados apresentados neste estudo destacam a existência de desigualdades sociais em saúde entre mulheres nacionais e migrantes, especialmente no contexto da assistência pré-natal. Há uma associação entre mulheres migrantes e características como idade avançada, menor escolaridade em anos de estudo e estado civil de solteira no momento do parto. Podemos identificar, dessa forma, uma maior propensão das mulheres migrantes em ocupar os grupos de risco para o período gestacional (Ministério da Saúde, 2010). Essas condições sociais são definidas como prioritárias para o atendimento e acompanhamento longitudinal do pré-natal. Contudo, as desigualdades sociais de saúde apresentadas não repercutem em um acesso prioritário pelas mulheres migrantes. Quando comparadas as mulheres nacionais, as mulheres migrantes têm um acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal tardio, com um reduzido número de consultas.

Na medida em que a saúde se apresenta como uma produção social, diretamente relacionada com acesso à educação, à moradia, à cultura e às políticas públicas (Carvalho e Buss, 2012; Castellanos, 1997; Laurell, 1982;), quanto mais carências tem um sujeito nas dimensões que compõe a sua vida cotidiana, maior será a sua desvantagem em produzir uma vida saudável (Carvalho e Buss, 2012). Nesse contexto, a migração internacional para a cidade de Francisco Morato constitui um fator de risco para a saúde neonatal, indicando uma população que ainda não encontrou o seu espaço dentro da saúde pública do município.

Devido à sua natureza quantitativa, a pesquisa não conseguiu aprofundar sobre importantes dados sociodemográficos relativos à moradia, ao trabalho e à condição de renda. Nesse sentido, reconhecemos a importância de uma análise mais aprofundada desses aspectos para uma compreensão mais completa das condições de saúde da população migrante no município, bem como das dinâmicas de mobilidade em direção à cidade de Francisco Morato.

Pesquisas futuras podem aprofundar a temática e os resultados aqui encontrados, de modo a apontar quais fatores estão relacionados a determinadas variáveis. Embora os dados quantitativos possam indicar a barreira de acesso das gestantes imigrantes ao serviço pré-natal, evidenciando que ele é tardio e realizado em menor número de vezes do que o recomendado, há a necessidade de conhecer quais são os fatores que estão relacionados a determinadas variáveis da barreira de acesso. Esse entendimento abre caminho para a identificação de possibilidades de enfrentamento das desigualdades relacionadas ao cuidado materno-infantil de mulheres migrantes internacionais.

Um possível viés da pesquisa realizada é a possibilidade de defasagem dos dados apresentados. Esses dados, sabemos, estão sujeitos a erros de preenchimento, o que pode afetar a pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Gisele Maria Ribeiro de e Baeninger, Rosana Aparecida (2013). Modalidades Migratórias Internacionais: da diversidade dos fluxos às novas exigências conceituais. Em: Baeninger, Rosana Aparecida (org.). *Coleção Por Dentro do Estado de São Paulo: Migração Internacional*. (pp. 23–34). Campinas: Nepo-Unicampo.

Anjos, Cinthia de Souza dos, Westphal, Flavia e Goldman, Rosely Erlach (2014). Cesárea desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. *Enfermagem Obstétrica*, 1(3), 86-94.

Anjos, Juliana Cristine dos e Boing, Antonio Fernando (2016). Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(4), 835-850. doi: 10.1590/1980-5497201600040013

Baeninger, Rosana (2016). Migração Transnacional: elementos teóricos para o debate. Em: Baeninger Rosana, Peres Roberta, Fernandes Duval, Silva Sidney Antônio da, Assis Gláucia de Oliveira, Castro Maria da Conceição, Cotinguiba Marília Pimentel. *Imigração Haitiana no Brasil*. (pp. 13-44). Campinas: Unicamp.

Baeninger, Rosana, Demétrio, Natália Belmonte e Domeniconi, Joice (2019). Espaços das Migrações Transnacionais: perfil sociodemográfico de imigrantes da África para o Brasil no século XXI. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27(56), 35–60.

Baeninger, Rosana e Peres, Roberta (2015). Migração de crise: a migração haitiana para o Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Belo Horizonte, 34(1), 119–143.

Barata, Rita Barradas (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Barata, Rita Barradas (2012). Desigualdades sociais e saúde. Em: Campos, Gastão Wagner de Sousa, Bonfim, José Ruben de Alcântara; Minayo, Maria Cecília de Souza, Akerman, Marco, Drumond Júnior, Marcos e Carvalho, Yara Maria de. *Tratado de Saúde Coletiva*. (483-512). São Paulo: Hucitec.

Batista, Delma Riane Rebouças, Gugelmin, Silvia Angela e Muraro Ana Paula (2018). Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(2), 317-326. doi: 10.1590/1806-93042018000200005

Bertolo, Jaqueline (2018). Migração com rosto feminino: múltiplas vulnerabilidades, trabalho doméstico e desafios de políticas e direitos. *Revista Katálysis*, 21(2), 313-323. doi: 10.1590/1982-02592018v21n2p313

Cabieses, Baltica, Chepo, Macarena, Oyarte, Marcela, Markkula, Niina, Bustos, Patricia, Pedrero, Víctor, & Delgado, Iris. (2017). Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista chilena de pediatría*, 88(6), 707-716. doi: 10.4067/S0370-41062017000600707

Carneiro Junior, Nivaldo, Aith, Fernando, Silva, Rubens Antonio da, Wanderley, Dalva Marli Valério, Luna, Expedito José e Shikanai-Yasuda, Maria Aparecida (2022). Acesso e direito à saúde para migrantes bolivianos em uma metrópole brasileira. *Saúde e Sociedade*, 31(3), 1-12. doi: 10.1590/S0104-12902022210761pt

Carneiro Junior, Nivaldo, Silveira, Cássio Silva, Lia, Maria Brito da e Yasuda, Maria Aparecida Shikanai (2018). Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 87-96. doi: 10.1590/1807-57622016.0338

Carneiro Junior, Nivaldo, Oliveira, Rute Loreto Sampaio de, Jesus, Christiane Herold de e Luppi, Carla Gianna (2011). Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *BIS, Boletim Instituto de Saúde*. 13(2), 177–181. doi: 10.52753/bis.2011.v13.33680

Carvalho, Antonio Ivo de e Buss, Paulo Marchiori (2012). Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. Em: Giovanella, Lígia, Escorel, Sarah, Lobato, LEnaura de Vasconcelos Costa, Noronha, José Carvalho e Carvalho, Antonio Ivo de. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (pp.121-142). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Castellanos, Pedro Luis (1997). Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. Em: Barata, Rita Barradas. *Condições de vida e Situação de Saúde*. (pp. 31-70). Rio de Janeiro: ABRASCO.

Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Tadeu de e Silva, Bianca (2021). Relatório Anual 2021 – 2011-2020: *Uma década de desafios para a imigração e o refúgio 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, DF: OBMigra, 2021. Recuperado de: Relatório_Anual_-_Completo.pdf (mj.gov.br)

Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Tadeu, Macedo, Marília (2018). *Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil. Relatório Anual 2018*. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília: OBMigra.

Chagas, Cassiele Arantes de Moraes (2007). *A periferização da pobreza e da degradação sócio-ambiental na Região Metropolitana de São Paulo, o caso de Francisco Morato* (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Curso de Arquitetura e Urbanismo, Planejamento Urbano e Regional, Universidade de São Paulo. Recuperado de: A periferização da pobreza e da degradação sócio-ambiental na Região Metropolitana... (usp.br)

CNDSS - Comissão Nacional obre Determinantes Sociais da Saúde (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). Brasília: Congresso Nacional.

Corbani, Nilza e Bastos, Silva (2010). Direito ao pré-natal humanizado sob o olhar da grávida. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*. 12(3), 219-286. doi: 10.52753/bis.2010.v12.33765

Cymbalista, Renato e Xavier, Iara Rolnik (2007). A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cadernos Metrôpole*. 17, 119-133.

Ferreira, Érica Karoline (2019). *Perfil das mães imigrantes internacionais residentes no município de São Paulo* (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Curso de Saúde Pública, Epidemiologia, Universidade de São Paulo. Recuperado em: Perfil das mães imigrantes internacionais residentes no município de São Paulo (usp.br)

Fobelets, Maaïke, Beeckman, Katrien, Hoogewys A, Embo, Mieke, Buyl, Ronald e Putman, Koen (2015). Predictors of late initiation for prenatal care in a metropolitan region in Belgium. A cohort study. *Public Health*, 129(6), 648-654. doi: 10.1016/j.puhe.2015.03.008

Fukunaga, Erika Tiemi, Guibu, Ione Aquemi, Moraes, José Cássio de, Rujula, Maria Josefa Penon, Castro, Paula Carrara de e Ching, Ting Hui (2018). *Bases de Estatística para Profissionais de Saúde*. São Paulo: CEALAG.

Goldberg, Alejandro, Martin, Denise e Silveira, Cássio. (2015). Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 19(53), 229-232. doi: 10.1590/1807-57622015.0194

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021). *Francisco Morato*. Brasil: Brasília. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/francisco-morato.html>

IPRS – Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (2018). *Índice Paulista de Responsabilidade Social*. São Paulo: São Paulo. <http://www.iprs.seade.gov.br/>

Koster, Khalid (2016). Migration and globalization. In: KOSTER, Khalid. *International Migration: a very short introduction*. (pp. 28-40). Oxford: Oxford University Press.

Laurell, Asa Cristina (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*. Santiago, 19, 1-11.

Lei 8.080 (1990). Brasília.

Lima, Jaqueline Costa, Mingarelli, Alexandre Marchezoni, Segri, Neuber José, Zavala, Arturo Alejandro Zavala e Takano, Olga Akiko (2017). Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. *Ciência & Saúde Coletiva* 22(3), 931-939. doi: 10.1590/1413-81232017223.12742016

Magalhães, Luís Felipe Aires, Bógus, Lúcia Maria Machado e Baeninger, Rosana (2018). Migrantes haitianos e bolivianos na cidade de São Paulo: transformações econômicas e territorialidades migrantes. *REMHU: Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana*, 26(52), 75-94. doi: 10.1590/1980-85852503880005205

Maia, Doralice Sátyro (2010). A periferização e a fragmentação da cidade: loteamentos fechados, conjuntos habitacionais populares e loteamentos irregulares na cidade de Campina Grande-PB, Brasil. *Scripta Nova*. 14, 1-15.

Manrique, Luis Esteban G. (2012). El emergente eje 'Sur-Sur' global. *Política Exterior*, 26(146), 104-117.

Martin, Angela e Piccinini, Cesar Augusto (2009). Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. *Psico*. 40(4), 422-429.

Martine, George (2005). A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. *São Paulo em perspectiva*. São Paulo, 19(3), 3-22.

Massey, Douglas S., Arango, Joaquin, Hugo, Graeme, Kouaouci, Ali, Pellegrino Adela e Taylor, J. (1993). Edward. Theories of International Migration: a review and appraisal. *Population And Development Review*, 19(3), 431-466.

McAuliffe, Marie e Triandafyllidou, Anna (2021). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Ginebra: OIM; 2021.

Menéndez, Eduardo Luiz (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109-118. doi: 10.1590/1413-81232015211.20252015

Ministério da Saúde (2010). *Gestão de Alto Risco: Manual Técnico*. Brasília: MS.

Ministério da Saúde (2018). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Recuperado de: Política-Nacional-de-Atenção-Integral-à-Saúde-da-Criança-PNAISC-Versão-Eletrônica.pdf (fiocruz.br)

Ministério da Saúde (2022). *Portaria GM/MS nº 715, de 4 de Abril de 2022*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

Noronha, José Carvalho de, Lima, Luciana Dias de e Machado, Cristiani Vieira (2012). O Sistema Único de Saúde - SUS. Em: Giovanella, Lígia, Escorel, Sarah, Lobato, LEnaura de Vasconcelos Costa, Noronha, José Carvalho e Carvalho, Antonio Ivo de. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (pp.345-394). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Oliveira, Luciano Moreira de (2010). Princípio da Universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo. *BIS: Boletim Do Instituto De Saúde*. 12(3), 234-239.

Oliveira, Rosana Rosseto de, Melo, Emiliana Cristina, Novaes, Elisiane Soares, Ferracioli, Patrícia Louise Rodrigues Varela, e Mathias, Thais Aidar de Freitas (2016). Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 50(5), 733-740.

Oliveira, Tadeu de (2021). A dinâmica demográfica de imigrantes e refugiados no Brasil da década de 2010. Em: Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Tadeu de e Silva, Bianca. Relatório Anual 2021 – 2011-2020: *Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil*. Série Migrações. Observatório das Migrações

Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. (pp. 53-75). Brasília: OBMigra.

Oliveira, Tatiana Gandolfi de, Freire Paula Vieira, Moreira , Flávia Thomé, Moraes, Juliana da Silva Bemfeito de, Arrelaro Raquel Coris, Rossi Sarah, Ricardi, Viviane Alves, Juliano, Yara, Novo, Neil Ferreira e Bertagnon, José Ricardo Dias (2012). Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. *Einstein*. 10(1), 22-28. doi: 10.1590/S1679-45082012000100006

OMS - Organização Mundial da Saúde (2015). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Genebra: OMS.

Pachi, Priscilla (2020a). A precarização do trabalho do imigrante haitiano em São Paulo. *Travessia, Revista do Migrante*, 32(88), 24-42. doi: 10.48213/travessia.i88.952

Pachi, Priscilla (2020b). A imigração haitiana e as mudanças no espaço urbano da cidade de São Paulo. *Ideias*, 11, 3-29. doi: 10.20396/ideias.v11i0.8658449

Paim, Jairlilson Silva (1997). Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de Condições de Vida e Saúde: notas para reflexão e ação. Barata, Rita Barradas. *Condições de vida e Situação de Saúde*. (pp. 7-30). Rio de Janeiro: ABRASCO.

Parise, Padre Paolo e Diémé, Kassoum (2016). A Missão Paz e imigração haitiana em São Paulo, 2010-2015. *Travessia - Revista do Migrante*, 79, 133-144. doi: 10.48213/travessia.i79.62

Patarra, Neide Lopes (2006). Migrações internacionais: teorias, políticas e movimentos sociais. *Estudos Avançados*, 20(57),7-24.

Peters, Margaret E. (2015). Migration and Globalization. Em: Scott, Robert e Kosslyn, Stephen. *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences*. (pp. 1-10). Wiley.

Ribeiro, Kelen Gomes, Andrade, Luiz Odorico Monteiro de, Aguiar, Jaina Bezerra de, Moreira, Ana Ester Maria Melo e Frota, Amanda Cavalcante (2018). Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(1), 1387-1398. doi: 10.1590/1807-57622017.0419

Santos, Milton (1993). *Urbanização brasileira*. São Paulo: Hucitec.

Sass, Nelson, Figueredo, Junior Alcides Rocha de, Siqueira, José Martins, Silva, Fabio Roberto Oliveira da, Sato, Jussara Leiko, Nakamura, Mary Uchiyama e Sousa, Eduardo de (2010). Desfechos maternos e perinatais em gestantes bolivianas no município de São Paulo: um estudo transversal caso-controle. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(8), 398-404. doi: 10.1590/S0100-72032010000800007

Sayad, Abdelmalek (1998). *A imigração ou os paradoxos da alteridade*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Sherraden, Margaret Sherrard e Barrera, Rossana E. (1996). Prenatal Care Experiences and Birth Weight Among Mexican Immigrant Women. *Journal Of Medical Systems*, 20(5), 329-350.

Simão, Carolina Ramos (2020). *Índice de Apgar e comorbilidades no recém-nascido: Estudo retrospectivo de 2 anos no CHUCB* (Dissertação de Mestrado). Covilhã, Portugal: Curso de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Slaibi, Maria Cristina Barros Gutiérrez (2010). O direito fundamental à saúde. *BIS: Boletim Do Instituto de Saúde*. 12(3),227-233.

Sousa, Paulo Henrique Santana Feitosa, Souza, Raianne Freitas, Nascimento, Rodrigo Tojal, Silva, Maria Morgana Lima, Jesus, Dávila Valéria de, Pedral, Larissa De Oliveira, Santos, Manoela Ferreira e Gomes, Viviane Da Silva (2021). Fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. *Brazilian Journal Of Development*, 7(1), 11447-11462. doi: 10.34117/bjdv7n1-780

Tonini, Sandra Cristina Correia Loureiro e Kalckman, Suzana (2019). Saúde da população Síria: percepções dos profissionais da atenção primária a saúde da supervisão técnica de saúde da Mooca do município de São Paulo. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*, 109-116. doi: 10.52753/bis.2019.v20.34557

Väisänen, Heini, Remes, Hanna e Martikainen, Pekka (2022). Perinatal health among migrant women: a longitudinal register study in finland 2000-17. *SSM - Population Health*, 20;101298. doi: 10.1016/j.ssmph.2022.101298

Vidali, Agnaldo (2019). *A História do Município de Francisco Morato: muito além da cidade dormitório*. São Paulo: Gilberto Araújo Rosa.

Viellas, Elaine Fernandes, Domingues, Rosa Maria Soares Madeira, Dias, Marcos Augusto Bastos, Gama, Silvana Granado Nogueira da, Theme Filha, Mariza Miranda, Costa, Janaina Viana da, Bastos, Maria Helena e Leal, Maria do Carmo (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 30, S85-S100.

Villen, Patrícia (2016). Periféricos na periferia. Em: Baeninger Rosana, Peres Roberta, Fernandes Duval, Silva Sidney Antônio da, Assis Gláucia de Oliveira, Castro Maria da Conceição, Cotinguiba Marília Pimentel (org.). *Imigração Haitiana no Brasil* (pp. 45-64). Jundiaí: Paco editorial.

Xavier, Iara Rolnik (2012). A inserção socioterritorial de migrantes bolivianos em São Paulo. Uma leitura a partir da relação entre projetos migratórios, determinantes estruturais e os espaços da cidade. Em: Baeninger, Rosana. *Imigração Boliviana no Brasil* (pp. 109-154) Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfp.

Waldman, Tatiana Chang (2011). Movimentos Migratórios sob a Perspectiva do Direito à Saúde: Imigrantes Bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, 12(1); 90–114. doi: 10.11606/issn.2316-9044.v12i1p90-114

WHO - World Health Organization (2014). *Recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health*. Geneva: World Health Organization.

Larenas-Rosa, Daniel, Cabieses, Báltica, Torres, Irene, Cubillos-Novella, Andrés y Arroyo, Juan (2023). Condiciones de vida de la población migrante venezolana en situación irregular y percepciones sobre la respuesta sanitaria brindada durante la pandemia de SARS-CoV-2 en Chile. *PERIPLOS. Revista de Investigação sobre Migrações*, 7(2), 257-284.

Condiciones de vida de la población migrante venezolana en situación irregular y percepciones sobre la respuesta sanitaria brindada durante la pandemia de SARS-CoV-2 en Chile

Condições de vida da população migrante venezuelana em situação irregular e percepção da resposta de saúde durante a pandemia de SARS-CoV-2 no Chile

Daniel Larenas-Rosa¹
Báltica Cabieses²
Irene Torres³
Andrés Cubillos-Novella⁴
Juan Arroyo⁵

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo identificar percepciones sobre la situación de la población migrante venezolana en situación irregular durante la pandemia de COVID-19 en Chile y de las estrategias desarrolladas para

¹ Académico del Departamento de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Investigador colaborador del Centro de Salud Global Intercultural, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Chile. E-mail: d_larenas@uchile.cl

Red académica: <https://orcid.org/0000-0001-8142-0426>

² Directora del Centro de Salud Global Intercultural, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Chile

Senior visiting research fellow del Department of Health Sciences, University of York, UK. E-mail: bcabieses@udd.cl

Red académica: <https://orcid.org/0000-0003-0756-1954>

³ Directora de Fundación Octaedro, Ecuador. Asesora de ciencia y políticas en el Instituto Interamericano para la Investigación del Cambio Global. E-mail: irene@octaedro.org

Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-0516-3090>

⁴ Director de Posgrados del Instituto de Salud Pública Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia. Visiting professor University of Central Florida, Orlando, Florida, USA. E-mail: cubillos.a@javeriana.edu.co

Red académica: <https://orcid.org/0000-0003-2943-3590>

⁵ Profesor en Universidad San Ignacio de Loyola, Perú. E-mail: juan.arroyol@usil.pe

Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-3183-4046>

responder a sus necesidades de salud. Para esto, se desarrolló un análisis temático de 19 entrevistas semi-estructuradas. Se identificó un círculo vicioso de barreras que dificultan la regularización y el acceso al trabajo. Esto produce necesidades de vivienda y dificultades de acceso a salud. No obstante, se reconocen estrategias de acceso a atención y cobertura, capacitación del personal y difusión de información realizadas en el país. Se requiere desarrollar estrategias locales y regionales para resolver los problemas relacionados a la criminalización de las personas migrantes en situación irregular, las trabas de los procesos de regularización, las necesidades básicas no cubiertas y las dificultades asociadas a la garantía del goce del derecho a la salud.

Palabras clave: Migración internacional. Migrantes indocumentados. COVID-19. Política de salud. Latinoamérica.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo identificar as percepções sobre a situação da população migrante venezuelana em situação irregular durante a pandemia de COVID-19 no Chile e as estratégias desenvolvidas para responder às suas necessidades de saúde. Para isso, foi desenvolvida uma análise temática de 19 entrevistas semiestruturadas. Com base nisso, identificou-se um círculo vicioso de barreiras que dificultam a regularização e o acesso ao trabalho. Isso produz carências habitacionais e dificuldades de acesso à saúde. No entanto, são reconhecidas as estratégias de acesso à atenção e cobertura, capacitação de pessoal e divulgação de informações realizadas no país. É necessário desenvolver estratégias regionais e locais para resolver os problemas relacionados com a criminalização de migrantes em situação irregular, os obstáculos ao processo de regularização, as necessidades básicas não cobertas e as dificuldades associadas à garantia do gozo do direito à saúde.

Palavras-chave: Migração internacional. Migrantes indocumentados. COVID-19. Política de saúde. América Latina.

LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN AMÉRICA LATINA: ESCALA DE LOS MOVIMIENTOS MIGRATORIOS Y SU INTERSECCIÓN CON SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Las dinámicas migratorias de América del Sur han cambiado en el último tiempo, enmarcando los movimientos principalmente dentro de la subregión (Organización Internacional para las Migraciones, 2019). En los últimos años, el proceso migratorio de mayor escala ha surgido desde la República Bolivariana de Venezuela, del cual el 85% de las personas migrantes y refugiadas se han movido hacia algún país de América Latina (International Labor Organization & United Nations Development Programme, 2021). En 2018, aproximadamente 3 millones de personas venezolanas emigraron de Venezuela. El mismo año, 340.000 personas que solicitaron asilo en distintas partes del mundo eran originarias de Venezuela, siendo la primera mayoría a nivel mundial (Organización Internacional para las Migraciones, 2019). Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), después de Siria, Venezuela era el segundo país del cual provenía la mayor cantidad de refugiados y desplazados al exterior en el año 2020 (United Nations High Commissioner for Refugees, 2021).

De acuerdo con la plataforma de coordinación interagencial para refugiados y migrantes de Venezuela R4V, hasta septiembre de 2021 la cantidad de migrantes y refugiados venezolanos aumentó a 5,7 millones, de los cuales 4,6 millones se encontraban en América Latina y el Caribe, concentrándose principalmente en Colombia, Perú y Chile (R4V, 2021). La misma plataforma señala en su último reporte que hasta mayo de 2023 eran aproximadamente 7,3 millones las personas venezolanas migrantes y refugiadas en el mundo, de las cuales 5,4 millones se distribuían entre Colombia, Perú, Ecuador, Brasil y Chile (R4V, 2023).

El contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 y su enfermedad COVID-19 ha traído grandes desafíos para los países de la región en lo referido a enfrentar una crisis de salud pública. Varias de las medidas que han tomado los países han generado dificultades para las personas que han realizado movimientos migratorios en la región, tales como el cierre de fronteras, que ha obligado su tránsito por zonas geográficas riesgosas; informalidad económica, carencia de vivienda, barreras para acceder al sistema de salud, detenciones y expulsiones, por mencionar algunos de estos desafíos (Organización de los Estados Americanos, 2020). La crisis mundial socio-sanitaria por Covid-19 se ha interseccionado de manera compleja y dinámica con el fenómeno migratorio en la región, impactando profundamente la experiencia migratoria de millones de personas y familias de origen venezolana que han tenido que salir de su país por causas forzadas.

Estudios recientes realizados en los países con mayor presencia de población migrante venezolana evidencian las diversas dificultades relacionadas a salud que han enfrentado las personas venezolanas en el exterior. En Colombia la barrera más significativa que enfrentan personas venezolanas para acceder a servicios de salud es el estatus migratorio, dado que no pueden afiliarse al sistema público y no pueden costear las alternativas privadas (Murillo-Pedrozo, Martínez-Herrera, Ronda-Pérez, Agudelo-Suárez, 2021). En el mismo país, mujeres embarazadas en situación irregular enfrentan múltiples barreras tanto para regularizar su situación, así como para acceder a cuidados prenatales e incluso a algunas les ha sido denegada la atención de urgencia producto de su estatus migratorio (Giraldo, Sobczyk, Fernández-Niño, Rojas-Botero, Bojorquez, 2021). En Perú, un porcentaje importante de personas migrantes venezolanas se ha sentido discriminado por su estatus migratorio, y se ha encontrado una asociación significativa entre la percepción de discriminación y el deterioro de la salud mental (Mougenot, Amaya, Mezones-Holguin, Rodríguez-Morales, Cabieses, 2021). Mientras que en Ecuador, lo más complejo para migrantes venezolanos en el período de pandemia fue la dificultad de la regularización de su situación migratoria; mantenerse en situación irregular se relacionó con la exposición a mayor cantidad de situaciones de vulneración de derechos (Moreira Molina, Mendoza Loor, Rodríguez, 2021).

LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN CHILE: EL CONTEXTO NORMATIVO DE LA POLÍTICA MIGRATORIA Y SU INTERACCIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD

Políticas migratorias en Chile

En Chile, durante 47 años se mantuvo vigente el Decreto de Ley 1.094, promulgado en los inicios de la dictadura militar, específicamente en el año 1975 (Decreto Ley 1094. Establece normas sobre extranjeros en Chile, 1975). Dicha ley se basó en la perspectiva de la seguridad nacional, a partir de la cual se concibió el ingreso de personas extranjeras como un peligro (Stang, 2016), y operó como una base normativa que facilitó la criminalización de la migración y la expulsión como método principal para la solución de problemas (Moya Contreras, 2022). Por lo demás, no hace mención alguna de derechos sociales, políticos y económicos de las personas extranjeras.

En 2022 entró en vigencia la ley 21.325, la cual define normas para regular el ingreso, permanencia y salida del país de personas extranjeras, así como el ejercicio de derechos y deberes. Esta ley establece como sus principios fundamentales la promoción, respeto y garantía de derechos, el interés

superior de niños, niñas y adolescentes, la integración e inclusión, el valor de la migración para el Estado, la no criminalización de la migración, y la migración segura, ordenada y regular (Ley 21325. Ley de Migración y Extranjería, 2022). Sin embargo, diversas organizaciones han señalado que en la ley persiste una mirada criminalizadora, particularmente dirigida a la migración en situación irregular, y a quienes prestan ayuda humanitaria a migrantes en situación irregular. La ley define sanciones para quienes faciliten o promuevan sin fines de lucro el ingreso de personas extranjeras en forma irregular. Esto es visto como una amenaza para las organizaciones que prestan ayuda humanitaria, ya que no hay claridad respecto a qué tipo de acciones se considerarían promotoras de la migración irregular (Groos, 2023).

El sistema de salud y las políticas públicas dirigidas a la salud de la población migrante en Chile

El sistema de salud de Chile tiene una estructura compleja, la cual integran entidades públicas y privadas. Esta estructura puede ser descrita a partir de sus funciones de rectoría, regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. El rol rector es ejercido por el Ministerio de Salud, es decir que esta entidad conduce el sistema fijando normas, políticas y planes. Para supervisar el cumplimiento de estas últimas, el rol regulador es llevado a cabo por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, la Superintendencia de Salud y el Instituto de Salud Pública (Gattini, 2018).

El financiamiento del sistema es provisto principalmente por aporte directo del Estado y las cotizaciones de las personas trabajadoras (Gattini, 2018). En el aseguramiento y la prestación de servicios, el sistema se fragmenta. Específicamente, el aseguramiento público es llevado a cabo por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el cual administra el aporte fiscal directo y las cotizaciones de las personas trabajadoras, cotizaciones que corresponden al 7% de su salario (Castillo y Molina, 2020). De acuerdo a sus ingresos económicos, las personas afiliadas a FONASA son categorizadas en cuatro grupos denominados tramos. En el tramo A se encuentran las personas carentes de recursos, quienes solo pueden acceder a la modalidad de atención institucional, es decir, solo pueden obtener atención en establecimientos públicos. En el tramo B se encuentran las personas que tienen un ingreso mensual igual o menor a CLP\$440.000. En el tramo C son clasificadas quienes perciben un ingreso mensual igual o menor a CLP\$642.000, y en el tramo D se encuentran las personas que cuentan con un ingreso superior a CLP\$642.000. Las personas pertenecientes a los tramos B, C y D pueden acceder a la modalidad de libre elección, es decir, pueden comprar bonos en establecimientos privados que tienen convenio con FONASA (Fonasa, 2023).

El aseguramiento privado lo llevan a cabo las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que administran las cotizaciones equivalentes al 7% del salario de las personas trabajadoras, más un porcentaje adicional asociado al plan de salud al que la persona afiliada se encuentra adscrita (Castillo y Molina, 2020). En el año 2020, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN)

estimó que FONASA contaba con 14.961.404 afiliados, lo que correspondía al 76,5% del total de la población en el país, mientras se estimó que las ISAPRES contaban con 3.014.668 afiliados, equivalente al 15,4% del total de la población (Ministerio de Desarrollo Social, 2022).

En cuanto a la provisión de servicios, puede ser realizada por la red asistencial pública, llamada Sistema Nacional de Servicios de Salud, o por la Red privada de centros de salud. El Sistema Nacional de Servicios de Salud está compuesto por 2.748 establecimientos de salud (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2023), lo que corresponde al 66,3% del total de establecimientos en el país. Estos establecimientos son coordinados por organismos llamados Servicios de Salud. Actualmente, existen 29 Servicios de Salud distribuidos a lo largo del país, los cuales articulan la red de centros a nivel regional o subregional, según la zona (Gattini, 2018). Por su parte, la Red privada de centros de salud cuenta con 1.394 establecimientos, lo que corresponde al 33,7% de los establecimientos del país (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2023).

Desde el año 2003, en Chile se han definido una serie de instrumentos normativos dirigidos a facilitar el acceso a servicios de salud a la población migrante (Larenas Rosa y Cabieses, 2018). Las normativas comenzaron facilitando el acceso a grupos específicos de la población migrante, tales como mujeres embarazadas en situación irregular, niños, niñas y adolescentes en situación irregular, y personas víctimas de trata de personas (Precisa Sentido y alcance de Circular N° 1179 del 18.01.03, 2003) (Aprueba Convenio de Colaboración celebrado entre los Ministerios de Salud y del Interior, 2008) (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013). Así también, el desarrollo normativo fue garantizando progresivamente el acceso a servicios de salud específicos a personas migrantes en situación irregular, tales como la atención de urgencia y bienes públicos de salud, referidos a acciones de educación en salud, inmunizaciones y control nutricional (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2005; Ministerio de Salud, 2008).

Posteriormente, en el año 2016 entró en vigencia el Decreto Supremo N° 67, el cual permitió que las personas migrantes en situación irregular que acreditaran carencia de recursos pudieran afiliarse a FONASA en el tramo A, y por tanto, pudieran acceder al sistema público de prestaciones de salud (Imparte instrucciones para la aplicación de la circunstancia N° 4 del Decreto Supremo N° 110, de 2004, agregada por el Decreto Supremo N° 67, de 2015, ambos del Ministerio de Salud, 2016). Años más tarde, esto sería recogido por la ley 21.325 de migración y extranjería, específicamente en su artículo 15 titulado Derecho al acceso a la salud. Este indica que tanto extranjeros residentes como extranjeros en condición migratoria irregular tendrán acceso a la salud, según los requisitos que establezca la autoridad sanitaria, en igualdad de condiciones que los nacionales (Ley 21325. Ley de Migración y Extranjería, 2022). Adicionalmente, el Ministerio de Salud cuenta con una Política de salud de migrantes internacionales, la cual declara como propósito contribuir al máximo estado de salud de migrantes internacionales, bajo el

marco de la equidad y los derechos humanos (Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes, 2018).

A pesar del desarrollo normativo que ha existido en el país para generar garantías de acceso, son diversos los estudios que dan cuenta de la existencia de dificultades que enfrentan las personas migrantes para acceder y utilizar servicios de salud (Cabieses y Oyarte, 2020), así como experiencias de discriminación y exclusión (Zepeda Vega y González Campos, 2019). De acuerdo a CASEN, en el año 2020 el 10,9% de la población no nacida en Chile no se encontraba afiliada a una entidad aseguradora de salud, en contraste con el 3,9% de la población nacida en Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2022). Personas migrantes manifestaron sentir temor por asistir a centros de salud por el peligro de ser maltratados o incluso deportados (Astorga-Pinto, Cabieses, Carreño Calderon, McIntyre, 2019). En el sur de Chile, mujeres migrantes experimentaron situaciones de discriminación por parte del personal del centro de salud, reconocieron gran dificultad con respecto a navegar en el sistema de salud e indicaron que el costo representa una barrera para acceder a medicamentos (Antilef Ojeda, Atherino dos Santos, da Rosa Damiani, 2020). Por su parte, adolescentes migrantes señalan no conocer el funcionamiento del sistema de salud, enfrentar barreras administrativas al momento de inscribirse en un centro de atención relacionadas a su situación administrativa, percibir discriminación en la atención y no recibir derivación a servicios especializados en salud mental (Obach, Hasen, Cabieses, D'Angelo, Santander, 2020).

La migración venezolana en Chile

Hasta finales de 2019, en Chile residían 1.492.522 migrantes internacionales, entre los cuales el 30,5% eran venezolanos, equivalente a 455.219 personas. Con ello, los migrantes de origen venezolano correspondían al grupo de migrantes más numeroso del país (Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Extranjería y Migración, 2020). Durante el año 2021, en Chile se realizaron 3.867 solicitudes formales de refugio, de las cuales el 79% fueron realizadas por personas de nacionalidad venezolana. Sin embargo, durante ese mismo año, solo 19 personas fueron reconocidas como refugiados, de las cuales 12 eran venezolanas (Servicio Nacional de Migraciones, 2023).

Por otra parte, desde el año 2019 en Chile se registró un aumento exponencial de los ingresos en forma irregular al país (Servicio Jesuita a Migrantes, 2022). De acuerdo a la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990), se considera que una persona migrante se encuentra en situación administrativa irregular cuando no ha sido autorizada a entrar, permanecer y ejercer una actividad remunerada en el Estado receptor. En el 2016 la Asamblea General de las Naciones Unidas emitió la Declaración de Nueva York para los refugiados y migrantes, en la cual señala que los Estados miembros se comprometen a proteger la seguridad, la dignidad y los derechos humanos y libertades

fundamentales, cualquiera sea su estatus migratorio (Naciones Unidas, 2016). Incluso, la Ley de Migración y Extranjería de Chile, señala en su artículo 9 que la migración irregular no es constitutiva de delito (Ley 21325. Ley de Migración y Extranjería., 2022).

Sin embargo, durante los últimos años Chile ha sido escenario, en primer lugar, de producción de discursos criminalizadores de la población migrante en situación irregular, pudiendo observarse en los medios de prensa retóricas que ubican a la irregularidad migratoria como un delito a perseguir (Stefoni y Brito, 2019). Así también, ha sido escenario de acciones de violencia de carácter xenófobo dirigidas a personas migrantes en situación irregular (Groos, 2023). Esto resulta particularmente preocupante en un contexto en que son numerosas las personas que se ven amenazadas a sufrir vulneraciones de sus derechos y de su integridad. En 2019 fueron 8.048 las personas extranjeras que ingresaron por pasos no habilitados al país, en 2020 fueron 12.939 y en 2021 fueron 43.439. Del total de las 81.482 personas que ingresaron por pasos no habilitados entre 2019 y 2021, 59.717 fueron personas venezolanas, correspondiendo a la mayor nacionalidad de origen de las personas que ingresaron por pasos no habilitados, equivalente al 73,3% del total (Servicio Jesuita a Migrantes, 2022).

En relación con la experiencia del colectivo de personas venezolanas en Chile durante la pandemia del COVID-19, una encuesta realizada el 2020 mostró que el 65% de la población encuestada no se sentía preparada para enfrentar la pandemia, el 91% se sentía angustiada o preocupada y el 72% se sentía triste o deprimida a causa de la pandemia (Cabieses, Darrigrandi, Blukacz, Obach, Silva, 2021). Sin embargo, y a pesar de que en Chile se han desarrollado iniciativas que facilitan el acceso a servicios de salud de población migrante en situación irregular (Larenas Rosa y Cabieses, 2018), aún no existe evidencia disponible sobre la experiencia de condiciones de vida y la respuesta sanitaria que ha recibido la población migrante venezolana en situación irregular en tiempos de pandemia por Covid-19 en Chile. De esta forma, el propósito de este estudio fue identificar percepciones de distintos actores respecto a la situación de la población migrante venezolana en situación irregular durante la pandemia de COVID-19 en Chile y de las estrategias que se han llevado a cabo para dar soluciones a las necesidades de salud de esta población.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Este estudio corresponde a un análisis secundario de la información cualitativa obtenida a partir del proyecto internacional titulado “Sistematización de la respuesta sanitaria de los países andinos ante la migración venezolana”, el cual fue financiado por UK Research and Innovation (UKRI) y contó con

la participación de 4 países de la subregión andina: Colombia, Ecuador, Perú y Chile. Su objetivo fue organizar información sobre experiencias de atención y cuidado de la salud de la población migrante venezolana. Fue un estudio multi-métodos que contó con un análisis comparado de los países señalados en cuanto a información documentaria (normativa vigente en cada país), cuantitativa (análisis secundario de datos disponibles de encuestas poblacionales y registros de salud) y cualitativa (levantamiento primario a partir de entrevistas a migrantes y actores clave de cada país), fase de la cual deriva el presente estudio.

Para este estudio en particular, se realizó un análisis secundario de la información cualitativa disponible, con foco en las condiciones de vida y las percepciones de diversos actores sobre la respuesta sanitaria dirigida a la población migrante venezolana en situación irregular. Se entiende por estudio de las percepciones como la indagación y aproximación a las opiniones, pareceres, emociones, valoraciones, creencias, interpretaciones, es decir, a la producción de significados subjetivos construidos a partir de las vivencias personales (Melo Moreno, Méndez Barra, Pérez Villalobos, 2021; Atar, 2016).

Reclutamiento y selección de participantes

Se realizó una lista de posibles participantes del estudio a partir de una revisión de actores clave relacionados a la temática de salud y migración en Chile. Se seleccionaron los siguientes tipos de actores expertos para participar en el estudio: personas venezolanas migrantes residentes en Chile, migrantes líderes de organizaciones de la sociedad civil, líderes de organizaciones pro migrantes en Chile, autoridades centrales, trabajadoras/es del sistema público de salud, expertas/os de organismos internacionales y académicas/os. De la lista de cerca de 30 actores clave en total, 19 aceptaron formar parte del estudio y fueron entrevistados/as, de manera balanceada según tipo de participante. De aquellos que no participaron, la mayoría indicó no contar con el tiempo para la entrevista. Las personas participantes residían en la región Metropolitana, región del Maule y región del Biobío (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de los participantes del estudio (n=19)

Información participantes	N
Género	
Mujer	13
Hombre	6
Región de residencia	
Metropolitana	16
Maule	1
Biobío	2
Nacionalidad	
Extranjera	8
Chilena	11
Participación	
Migrante venezolana	2
Migrante líder de organización de la sociedad civil	4
Representate de organización promigrantes	3
Funcionaria/o de organización internacional	2
Académica/o	4
Funcionaria de servicio o centro de salud	3
Funcionaria de servicio o centro de salud	1

Fuente: elaboración propia.

Recolección de información

Se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas, las que se definen como una técnica de recolección de información cualitativa que, a partir de una lista de temas o preguntas generales, permite de manera flexible el levantamiento de información con suficiente uniformidad entre participantes. Se elaboró un guion de entrevistas que incluyó preguntas sobre el proceso migratorio, las condiciones de vida, los efectos de la pandemia por COVID-19,

las necesidades de salud, las experiencias de atención en servicios de salud y los aprendizajes a partir de las estrategias implementadas. Este guion fue primero piloteado para chequeo de claridad de preguntas y pertinencia general.

Análisis de información

Las entrevistas fueron transcritas verbatim y luego analizadas mediante el método de análisis temático. Este método permite organizar la información cualitativa recogida e identificar y analizar patrones temáticos que permitan ofrecer posibilidades de interpretación de las realidades estudiadas. Para esto contempla un proceso de revisión de la información, codificación de la información, definición y jerarquización de temas, e interpretación de la información (Mieles Barrera, Tonon, Alvarado Salgado, 2012). De esta forma, a partir de las categorías generales definidas para el guion de entrevistas, se establecieron códigos, los que fueron analizados de manera descriptiva como primera aproximación al fenómeno de interés de este estudio. En específico, se establecieron las categorías generales de proceso migratorio, condiciones de vida y necesidades sociales, regularización administrativa, necesidades de salud, utilización de servicios de salud, efectos de la pandemia por COVID-19 y aprendizajes a partir de las respuestas sanitarias implementadas. Los códigos utilizados de acuerdo a cada categoría son especificados en la Tabla 2.

Tabla 2. Categorías y códigos utilizados en el análisis de contenido de las entrevistas.

Categorías	Códigos
Proceso migratorio	Características sociodemográficas Situación en el país de origen Proceso de tránsito Cruce fronterizo
Condiciones de vida y necesidades sociales	Necesidad de vivienda Características de la vivienda Acceso al trabajo Condiciones de trabajo
Regularización administrativa	Barreras financieras Barreras administrativas Percepción de discriminación
Necesidades de salud	Necesidades de niños y niñas Necesidades de mujeres Salubridad e higiene ambiental Salud mental Exposición a factores de riesgo
Utilización de servicios de salud	Experiencia de inscripción en el sistema de salud Experiencia de utilización de servicios Barreras de acceso a la atención Facilitadores de acceso a la atención
Efectos de la pandemia por COVID-19	Efectos en las condiciones de vida relacionados a la pandemia Necesidades sanitarias específicas relacionadas al COVID-19 Estrategias sanitarias específicas relacionadas con la pandemia
Aprendizajes a partir de las respuestas sanitarias implementadas	Aprendizajes relacionados a la respuesta del Estado Aprendizajes relacionados a la respuesta de organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales Aprendizajes relacionados a la respuesta de la sociedad civil

Fuente: Elaboración propia.

Aspectos éticos

Cada una de las entrevistas contó con un proceso de consentimiento informado y en todo momento se aseguró la confidencialidad de la información de los participantes. El proyecto de investigación, fue revisado y contó con el certificado de aprobación N° 2020-100 otorgado por el Comité Ético Científico de la Universidad del Desarrollo, el cual es centro de cooperación en bioética de la Organización Panamericana de la Salud. Todo el material se mantuvo bajo resguardo y ninguna persona podrá ser identificada a partir del mismo.

RESULTADOS

Tras la codificación de las entrevistas y el análisis de la información levantada se identificaron relaciones entre las distintas categorías propuestas que llevaron a la estructuración de tres grupos temáticos: i) condiciones de vida y necesidades básicas (vivienda, trabajo y salud), ii) situación administrativa y acceso a servicios, iii) respuesta sanitaria a las necesidades de la población migrante venezolana en situación irregular. A continuación, se presentan los resultados del estudio de acuerdo a estos tres grupos temáticos que permiten describir las percepciones sobre las condiciones de vida de la población migrante venezolana en situación irregular y sobre las respuestas dadas para abordar sus necesidades de salud en el contexto de la pandemia.

Condiciones de vida y necesidades básicas: vivienda, trabajo y salud

De acuerdo al relato de diversos participantes, las personas venezolanas en situación irregular durante el tiempo de pandemia se encontraron en condiciones de vida precarias, lo que tuvo como repercusión el auge de necesidades básicas relacionadas a la vivienda, al trabajo y a la salud. En lo referido a la vivienda, diferentes participantes coinciden en que producto de la pandemia, personas migrantes venezolanas en situación irregular se han enfrentado a condiciones de gran precariedad, tales como hacinamiento, imposibilidad de pago de arriendos, desalojos y habitar en albergues o incluso en carpas en lugares públicos o en la calle. En este escenario, organizaciones sociales identifican que el contexto político que vivía el país jugó un rol importante sobre las condiciones de vida de la población migrante venezolana en situación irregular, ya que vieron cómo muchas quedaron viviendo en la calle tras ser desalojadas de albergues en que vivieron durante meses en el período previo a las elecciones. "Mucha gente quedó en situación de calle durmiendo en carpas, gente que lleva meses en estos albergues que habilitaron, pero que ahora que vienen las elecciones tienen que desalojarlos, entonces más gente que queda en la calle" (E6, organización social).

De acuerdo a la autoridad sanitaria entrevistada, estos niveles de precariedad incluso llevaron a las personas a querer emprender el viaje de retorno a su país de origen. "Detectamos que hay muchas condiciones de precariedad habitacional, hacinamiento. Muchos migrantes querían volver a su país de origen, por tanto, se produjeron aglomeraciones en lugares públicos" (E2, autoridad sanitaria). Por otra parte, desde las organizaciones sociales evidenciaron la precarización de la vida en el escenario de la pandemia. Las necesidades prioritarias de las personas cambiaron, por tanto el tipo de solicitudes que recibieron en las organizaciones y el tipo de actividades que desarrollaron fueron distintas, pasando de la entrega de información sobre el funcionamiento de los servicios a la solicitud de ayuda para conseguir un lugar donde vivir junto con alimentación "Antes nos pedían ayuda con información. Hoy día nos piden ayuda con techo y comida" (E5, organización social).

Respecto al trabajo, tanto participantes de organizaciones sociales como de la academia, convergen en que un problema fundamental de la población migrante venezolana en situación irregular es el desempleo masivo y la dificultad de acceso al trabajo, lo cual está directamente relacionado con la dificultad de regularizar su situación migratoria. Esto termina perpetuándose como un círculo vicioso, debido a que no tener acceso al trabajo impide regularizar la situación administrativa, y la irregularidad les impide acceder al trabajo.

En su experiencia particular, organizaciones sociales constataron cómo en el período de pandemia las personas migrantes en situación irregular se vieron en una acrecentada situación de vulnerabilidad debido a que perdieron sus empleos y sus fuentes de ingreso rápidamente por no contar con su documentación. "...de la gente que nosotros atendemos casi todos quedaron sin trabajo porque son los primeros en ser despedidos, justamente por el tema de la documentación" (E6, organización social). Desde la óptica de organizaciones sociales, esto encuentra explicación en el desajuste existente entre las exigencias del sistema de visado y las características complejas que tomaron todos los ámbitos de la vida en el contexto de pandemia. Las restricciones a la libre circulación tuvieron grandes repercusiones sobre el mercado laboral, disminuyendo drásticamente la oferta de empleos y aumentando los despidos, dada la imposibilidad material de llevar a cabo una gran cantidad de trabajos. Bajo estas circunstancias, se hacía imposible responder a los límites de tiempo que exigía el sistema de visado para conseguir empleo formal.

...mucho gente ahora está quedando en situación irregular porque estaban con la visa sujeta a contrato y los han echado del trabajo. ¿Dónde encuentras un contrato de trabajo en este contexto? Además, te dan 90 días para presentarlo. En 90 días es imposible encontrar trabajo en este contexto (E15, migrante que lidera organización social).

Por otra parte, las condiciones de precariedad de la vida que trajo la pandemia y el mismo COVID-19 generaron un aumento exponencial de las necesidades de salud y por tanto de la demanda de servicios de atención. En este sentido, personas migrantes que lideran organizaciones sociales y profesionales de centros de salud, reconocen diversas necesidades de salud de migrantes venezolanas en situación irregular en las etapas de origen, tránsito y destino del proceso migratorio. En particular, una persona migrante que lidera una organización social refiere situaciones de salud respiratoria que afectaron desde su país de origen hasta el destino a los hijos de una madre se encontraba en situación irregular. Esto puede dar cuenta de que la urgencia del movimiento migratorio es tal que no se espera a contar con un estabilidad basal de salud para llevar a cabo el desplazamiento "Los 5 niños que venían con su mamá venían con problemas respiratorios desde Venezuela" (E3, migrante que lidera organización social).

Así también, el cierre de fronteras como medida relacionada a la pandemia se ha asociado con la exposición a condiciones de gran riesgo vital para las personas migrantes que realizan trayectos por tierra. De esta manera, tanto en organizaciones sociales como en centros de salud se han constatado situaciones de extrema vulnerabilidad a las cuales se han visto expuestas mujeres, niñas y niños. Particularmente, una persona profesional de un centro de salud se refiere a la situación crítica de exposición a condiciones de alto riesgo que enfrentan personas migrantes en el trayecto reflejada en la situación de una mujer en situación irregular que estando embarazada realizó un cruce fronterizo por el desierto. “Primer caso COVID que vi en el hospital era de un recién nacido en Chile que se contagió con COVID y la mamá llevaba como un mes en Chile...pasó por el desierto y cruzó frontera con la guata y a punto de dar a luz” (E13, profesional de centro de salud). Así también, se puede constatar las situaciones críticas de riesgo vital que enfrentan niños durante el trayecto, transitando por pasos no habilitados en que existen zonas minadas. “...yo he conocido niños que han pasado por pasos no habilitados por zonas minadas” (E15, migrante que lidera organización social).

Las condiciones de vida y de habitabilidad que enfrentaron personas migrantes venezolanas en situación irregular durante el período de pandemia fueron causantes de la emergencia de necesidades de salud relacionadas a la higiene y el saneamiento. Muchas personas tuvieron que vivir en albergues, tanto aquellas que ingresaban recientemente al país y eran trasladadas a cumplir cuarentenas obligatorias, como personas que les fue imposible acceder a empleo y no pudieron costear arriendos de viviendas. Organizaciones sociales pudieron conocer la situación de diversas personas migrantes venezolanas en situación irregular que vivieron en albergues, en donde la densidad poblacional, el hacinamiento, la escasez de recursos, los espacios compartidos y la imposibilidad material de mantener distancias hacían que las posibilidades de prevenir factores de riesgo de contagio fueran muy reducidas. “...tener calidad de salud viviendo en un refugio con setenta personas más es complicado porque es mucha gente, por más que quieras ser la persona más limpia, no puedes controlar la higiene de setenta personas” (E11, migrante que lidera organización social).

Las grandes dificultades para acceder al trabajo y la escasez de ingresos propios que enfrentaron personas migrantes venezolanas en situación irregular se tradujeron en la imposibilidad de acceder a medicamentos, lo que repercutía en la imposibilidad de darle continuidad a tratamientos y por tanto en el empeoramiento de situaciones de salud. “...se ha complicado el tema de la salud, no tienen dinero para los medicamentos” (E6, organización social).

Por otra parte, participantes de servicios de salud y de organizaciones internacionales reconocen al estatus migratorio como un factor que incide en las condiciones de salud de las personas, tanto por los efectos en salud mental que puede generar, así como por los obstáculos que se podrían

producir para el acceso a la atención adecuada y digna. En específico, desde los centros de salud se reconoce cómo el estatus migratorio es un factor de gran estresor para las personas migrantes venezolanas en situación irregular.

el estatus migratorio es un factor que influye en la salud de la gente y es un elemento súper estresante para ellos y que los obstáculos administrativos que si bien nos sirven para caracterizar, por ejemplo, a la población, son impedimentos para que ellos puedan acceder de manera fluida a la atención (E12, servicio de salud).

Sumado a lo anterior, desde el trabajo diagnóstico que han realizado organizaciones internacionales se ha reconocido el impacto en la salud mental que tiene el proceso migratorio sobre las personas migrantes venezolanas en situación irregular. Las condiciones de vida y situaciones extremas que viven durante el proceso de tránsito, así como las experiencias que enfrentaron en su país de origen, son causantes de necesidades de salud mental que encuentran escasa respuesta de atención producto de las barreras administrativas.

Una gran necesidad que ha surgido en todos los diagnósticos y entrevistas que hemos hecho es el tema de la salud mental. La gente llega muy golpeada últimamente por el trayecto, por el viaje, por la pobreza, el maltrato, la discriminación que sufren en la ruta, que se suma a la experiencia vivida en Venezuela que los obligó a salir, y llegan últimamente en situación migratoria irregular, lo cual les agrava muchísimo las posibilidades de recibir atención" (E16, persona experta de organización internacional).

Situación administrativa y acceso a servicios

Uno de los principales problemas y necesidades de la población migrante venezolana en situación irregular que identifican transversalmente los participantes corresponde a la regularización de su situación administrativa o condición migratoria. La regularidad administrativa es un elemento de suma relevancia pues habilita la posibilidad de acceder al trabajo, a la vivienda y a los diversos servicios sociales del país. En este sentido, distintos participantes han señalado de qué manera la situación administrativa irregular estaría asociada a grandes barreras que enfrentan las personas venezolanas, tanto adultos como niños, para el acceso a beneficios sociales y asistencia social. Específicamente, desde organizaciones internacionales indican como punto crítico la imposibilidad de las personas migrantes venezolanas para acceder al sistema de beneficios sociales. "Cuando están en situación irregular todo es más complejo, desde el acceso al registro social de hogares, no se puede acceder si uno está en situación irregular" (E16, organización internacional).

Desde la academia se reconoce el rol estructural de las políticas implementadas sobre el acrecentamiento de la vulnerabilidad de la población

migrante venezolana en situación irregular, lo que se ha podido constatar en el cambio de los temas demandados por esta población, preponderando actualmente la asistencia legal. “...las medidas políticas han vulnerabilizado cada vez más a la población venezolana y eso está muy de manifiesto en las atenciones sociales. Muchas de las atenciones se van a los aspectos legales” (E9, académica).

Por su parte, diversas organizaciones sociales señalan que ha existido un gran aumento de personas migrantes venezolanas en situación irregular en el país. Esto estaría dado por las múltiples barreras existentes para acceder a visas temporarias o prórrogas, tales como barreras financieras y no disponibilidad de servicios presenciales para recibir orientación y realizar los trámites necesarios.

Uno de los caos más grandes que generó la pandemia en tema de migración tiene que ver con las visas, porque cerró extranjería. No atiende público presencial. Chile Atiende tampoco atiende presencial en temas migratorios y también implica perder tu visa, o no poder prorrogarla (E8, organización social).

Junto con lo anterior, el prolongado tiempo de tramitación de diversas solicitudes administrativas que producen largas esperas aparece como uno de los principales problemas identificados por diversos participantes. Esto habría afectado a las solicitudes de refugio, lo que ha mantenido a personas en situación irregular, así como a la obtención de cédula de identidad, que en la práctica tendría efectos similares a la situación administrativa irregular. “Se redujo la fila física para sacar documentos con la digitalización, pero la espera no ha disminuido, el RUT [denominación común del Rol Único Nacional] se demora un año” (E5, organización social). Desde las propias personas migrantes, el factor tiempo de tramitación es reconocido como un elemento de tal importancia que, dada la relevancia del carnet en los procesos administrativos y la inflexibilidad de estos últimos, incluso puede llegar a poner en juego la vida de las personas que buscan asistencia.

Un ese tiempo en que esperas por un documento, porque te den una respuesta, porque este no viene ni con carnet, ahí se te puede ir la vida de un ser humano, a veces ese tiempo de espera te cuesta una vida (E17, migrante).

Otro punto indicado por organizaciones sociales que impacta en los tiempos de permanencia en situación irregular se relaciona a la digitalización de los servicios administrativos del Estado sin alternativas presenciales para realizar los trámites en formato físico. Esto no consideraría a la población migrante que no tiene acceso a internet o que no tiene dominio de las plataformas digitales. “El Departamento de extranjería actualiza su sistema de funcionamiento a través de la digitalización de procesos. La contra de esto es que hay población migrante que no tiene acceso a internet” (E5, organización social).

Por otra parte, tanto desde organizaciones sociales como desde la academia se caracteriza a la implementación de la visa de responsabilidad democrática como una medida errática y sin éxito respecto a la regulación de los procesos migratorios. Esta medida dirigida particularmente a la población migrante venezolana habría tenido como efecto el aumento exponencial del ingreso de personas por pasos no habilitados y de la irregularidad administrativa, y por tanto, la precarización de sus condiciones de vida en el país.

Prohibir el ingreso no significa que no vayan a ingresar y poner restricciones a la migración no ordena la migración, sino que la precariza. Eso es uno de los grandes aprendizajes de Chile cuando vemos los datos. De 100 a 9.000 ingresos clandestinos en un año, justo el año en que pusiste la visa consular. Da que pensar que la visa consular no ha funcionado muy bien si lo que quería era regular el flujo. Todo lo contrario, ha sido peor. (E15, migrante y organización social).

Así también, expertos de organizaciones internacionales indican el cierre de fronteras a raíz de la pandemia de COVID-19 como una de las causas del aumento del ingreso por pasos no habilitados. “Llega el COVID 19. Se cierran todas las fronteras. Se frena cualquier tipo de desplazamiento. A partir de esto, los últimos meses fue aumentando el ingreso por pasos no habilitados, ingresos clandestinos, irregular” (E18, persona experta de organización internacional).

Respuesta sanitaria a las necesidades de la población migrante venezolana en situación irregular

Ante las necesidades de salud que presentan personas migrantes venezolanas en situación irregular, se identificaron distintos tipos de respuestas sanitarias por parte de diversos actores: la autoridad sanitaria central, servicios y centros de salud, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil lideradas por personas migrantes.

En primer lugar, respecto a las respuestas sanitarias articuladas por la autoridad central, se puede señalar que no se diseñaron programas específicos dirigidos a la población migrante venezolana en situación irregular, sino que se trabajó a partir de las estrategias previamente existente en el sistema de salud. De acuerdo a la autoridad sanitaria, no se opta por la construcción de perfiles epidemiológicos específicos por nacionalidad y la construcción de estrategias específicas para dichos perfiles, aludiendo a que no es posible homologar a todas las personas de una misma nacionalidad y que es importante evitar el encasillamiento de una nacionalidad específica en cierto grupo de patologías. “Somos reacios a definir un perfil epidemiológico de los migrantes, y mucho menos de la población venezolana” (E1, autoridad sanitaria).

A partir de lo anteriormente señalado, se puede identificar que la respuesta de la autoridad central para responder a las necesidades de salud de personas migrantes venezolanas en situación irregular estuvo centrada en la implementación de la normativa existente que indica la entrega de un número provisorio como mecanismo para que las personas migrantes en situación irregular puedan afiliarse al sistema público de salud, y con eso recibir atención y cobertura total por las prestaciones recibidas en la red asistencial pública.

Dar un número provisional de FONASA a alguien que esté absolutamente indocumentado, alguien que ha pasado por un paso no habilitado, por ejemplo, que esté en una situación irregular. Se considera la salud como un derecho humano universal, por tanto, podemos brindar no solo la atención de salud, sino que también la protección financiera (E1, autoridad sanitaria).

Es la misma normativa señalada anteriormente la que es identificada por organizaciones sociales como la principal fortaleza del sector salud. La existencia de un instrumento normativo que facilita el acceso a servicios de salud de manera gratuita para personas migrantes en situación irregular es reconocido como un acto de garantía de derechos por parte del sector salud.

...el Ministerio de Salud es uno de los ministerios que ha avanzado más en garantizar derechos a la población migrante. Por ejemplo, que hoy la población irregular pueda acceder a los servicios de salud, eso es algo que en otros países no vemos (E15, migrante y organización social).

Sin embargo, la existencia de una normativa no garantiza necesariamente su adecuada implementación. Distintos participantes señalan que existen situaciones en que en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y en los centros de salud no se ha respetado la normativa previamente existente. En específico, se denuncia que al momento de la inscripción y la atención de personas migrantes venezolanas en situación irregular se han hecho ciertos ajustes discrecionales en la implementación de la normativa, estableciendo barreras administrativas tales como la exigencia de más documentos de los establecidos, o directamente impidiendo su inscripción. Un ejemplo de este tipo de situaciones fue mencionado desde un servicio de salud, que en su rol de coordinación de los centros de salud de un territorio y verificación del cumplimiento de la implementación de estrategias, pudieron constatar el caso de centros que exigían un documento que debe entregar la Policía de Investigaciones.

Muchas veces nos hemos encontrado con establecimientos de salud que se dan el lujo, de una manera bien irónica, de pedir más documentos para la inscripción de una persona que los que legalmente debería pedir. Por ejemplo, la tarjeta migratoria de la PDI [Policía de Investigaciones], cuando solamente para la inscripción necesitas el pasaporte, un certificado de domicilio y nada más (E12, servicio de salud).

Así también, una persona profesional de un centro de salud relata que en su labor de capacitación sobre atención a personas migrantes dirigida a personal de diversos centros de salud ha podido identificar casos en que arbitrariamente se decide impedir la afiliación de personas en situación irregular al sistema de salud, homologando el estatus migratorio irregular a la condición de turista. “En la capacitación de varios centros de salud, no de todos, me decían: no, si nosotros tenemos instrucciones de no inscribir a los migrantes...porque son turistas” (E13, profesional de centro de salud).

Sumado a lo anterior, las trabas existentes en el acceso a atención pueden ser constatadas en los relatos de experiencias vividas por personas migrantes participantes. En uno de estos relatos una mujer madre expresa su sensación de vulneración e indignación al enfrentarse a la denegación de la atención de su hija en un centro de salud; situación que pudo resolver por su propia insistencia, exigiendo la atención en el centro de salud.

Mis hijas no tenían rut cuando llegamos enseguida y una de ellas al mes se desmayó, y cuando llegué me dijeron no, si no tiene rut no la vamos a atender. Entonces, como vieron la cara que se me transformó, un médico salió y dijo vamos a atender a la niña y después usted resuelve el rut con ella. A veces uno no tiene la información completa y necesitas apoyo. Uno está muy vulnerable, entonces vienes y se te enferma un niño, vas al hospital y te dicen que no la van a atender. No, eso no puede ser (E19, persona migrante).

Por otra parte, organizaciones sociales y organizaciones internacionales indican que la normativa no es suficiente, ya que entre personas en situación irregular el temor a la denuncia sigue actuando como una barrera que desincentiva la búsqueda de atención en el sistema de salud.

...muchas veces las personas que están en situación irregular no van o no acuden a los servicios de salud por temor a que se les denuncie a la autoridad, lo que hace que muchas veces no traten o no reciban respuestas a patologías crónicas (E16, persona experta de organización internacional).

Particularmente relacionado a COVID-19, la autoridad sanitaria estaría dirigiendo esfuerzos para eliminar barreras que pudieran enfrentar personas migrantes venezolanas en situación irregular en los procesos de testeo, trazabilidad o aislamiento, en específico, aquellas barreras administrativas relacionadas al registro en residencias sanitarias (establecimientos habilitados para realizar cuarentenas). Participantes de servicios de salud señalan que existe un trabajo para garantizar atención independiente de la situación migratoria, así como de orientación respecto a la regularización de la situación administrativa de los usuarios. Sumado a lo anterior, tanto desde servicios como desde centros de salud, se señala que se ha desplegado un trabajo de capacitaciones sobre la normativa en los distintos centros,

sensibilizando particularmente sobre la relevancia de brindar atención a mujeres embarazadas y niños. “...estamos capacitando, no hay que dejar de hacerlo, hay que seguir majaderamente en esas cosas en los formatos que nos permita la pandemia” (E13, profesional de centro de salud).

Por su parte, organizaciones sociales han llevado adelante un trabajo de difusión de información y orientación entre personas migrantes venezolanas en situación irregular respecto a su derecho a acceder al sistema público de salud. “Nosotros hacemos capacitaciones con nuestra red, les hemos entregado toda la normativa que ha generado el Ministerio de Salud para que la atención sea expedita, y con mayor énfasis a mujeres embarazadas y a niños” (E14, servicio de salud).

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra que las personas migrantes venezolanas en situación irregular durante la pandemia de COVID-19 han enfrentado condiciones de vida precarias, así como grandes dificultades para regularizar su situación administrativa, lo que impide o dificulta su acceso a diversos servicios y beneficios. En particular, se identifica a la situación administrativa irregular como un factor que incide negativamente afectando el estado de salud, así como dificultando la búsqueda y obtención de servicios de salud.

Así como esta investigación muestra algunas de las necesidades básicas y de salud de la población migrante venezolana en situación irregular, tales como acceso a vivienda y al trabajo, Espinel y cols. señalan que la población migrante es una población prioritaria para medidas de salud pública dirigidas a la prevención del contagio del COVID-19, tales como provisión de alimentos, subsidios de arriendo y facilitar oportunidades de ingreso (Espinel et al., 2020). Un estudio de Zambrano-Barragán y cols. realizado en distintas ciudades de Perú y Colombia, concluye que uno de los efectos de la pandemia en migrantes venezolanos ha sido la dificultad de costear necesidades básicas como alimento y vivienda (Zambrano-Barragán et al., 2021).

Otro de los hallazgos de esta investigación corresponde a la percepción de diversos actores respecto al aumento de población migrante venezolana en situación irregular en Chile durante la pandemia de COVID-19, producto de diversos obstáculos en los procesos relacionados a la regularización de su situación, tales como barreras financieras, complejidad de la tramitación, largos tiempos de espera y no disponibilidad de servicios presenciales. Esto coincide con lo reportado por Niño, Álvarez y Giovanni en Ecuador, en donde el aumento de población migrante venezolana en situación irregular se debe a la exigencia de documentos del país de origen en el proceso de regularización, los cuales son muy difíciles o imposibles de conseguir (Niño Arguelles, Álvarez Santana e Giovanni Locatelli, 2020). Por otra parte, otro hallazgo fue el gran consenso entre los diferentes participantes respecto al

aumento de la población migrante venezolana en situación irregular en Chile a causa de la implementación de la visa de responsabilidad democrática. Al respecto, Rivers concluye en su investigación que dicha medida fue implementada como una estrategia para intentar frenar la migración venezolana, medida que se ha caracterizado por problemas como la lentitud de su tramitación, la alta selectividad y baja tasa de aceptación, y la gran dificultad del cumplimiento de sus requisitos para la población venezolana (Rivers, 2019).

En esta investigación se pudo constatar que uno de los factores más relevantes de la respuesta de la autoridad sanitaria es la existencia de una normativa que permita la inscripción y acceso de la población migrante venezolana en situación irregular al sistema de salud, aunque también se identificaron grandes barreras relativas a su aplicación efectiva. Similar es la situación que analiza Moya Ortiz y colaboradoras respecto al marco normativo relativo al ejercicio del derecho a la salud de migrantes en situación irregular en Colombia, en donde, a pesar de la existencia del derecho a recibir atención de urgencia, se relativiza el concepto de urgencia y se ha obstaculizado el acceso a atención de esta población (Hernández Zuluaga y Moya Ortiz, 2020). En el caso de Perú, a pesar de existir leyes que expanden la atención relativa a COVID-19 a migrantes, en la práctica siguen enfrentando barreras relacionadas a costos, tiempo, discriminación e incluso agresión física (Zambrano-Barragán et al., 2021).

A pesar de que este estudio incluyó la participación de una gran diversidad de actores con el fin de integrar perspectivas diversas, el número de personas migrantes venezolanas participantes que no representaban a organizaciones sociales fue acotado. Esto puede encontrar explicación en lo que diversos estudios a nivel internacional han descrito, las personas migrantes en situación irregular pueden tender a evitar cualquier tipo de acercamiento con instancias que de alguna manera pudieran asociarse a ser identificados por funcionarios de entidades gubernamentales, dado que experimentan un gran temor por la posibilidad de ser deportados (Salaberría, de Corral, Sánchez y Larrea, 2008; Rentería-Pedraza, 2020; Ortega Velázquez, 2015). La ausencia de un gran volumen de relatos de experiencias personales de personas migrantes venezolanas en situación irregular puede relacionarse a la escasez de hallazgos relacionados a estrategias individuales y comunitarias desarrolladas por esta población para mejorar sus condiciones de vida y responder a sus propias necesidades de salud.

Finalmente, este estudio permite visibilizar problemas, brechas y vulnerabilidades de la población migrante venezolana en situación irregular en Chile, y con ello aportar a la conformación de soluciones a los desafíos planteados por el éxodo humanitario venezolano, tanto en Chile como en la región de América Latina y el Caribe. Es de gran relevancia la participación y articulación intersectorial de instituciones sanitarias, organismos internacionales y organizaciones sociales que apoyan a migrantes, para

desarrollar respuestas sanitarias e identificar una serie de barreras que se pueden presentar en su implementación. Reconociendo el contexto regional y las condiciones en Chile, se requiere fortalecer la cooperación regional, así como desarrollar estrategias locales que resuelvan problemas tales como la criminalización de las personas migrantes en situación irregular y las trabas de los procesos de regularización, que den respuesta a las necesidades básicas no cubiertas de la población migrante venezolana en situación irregular y que garanticen el goce de derechos fundamentales, como lo es el derecho a la salud, de todas las personas, sin discriminación ni marginación por causas tales como la situación administrativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antilef Ojeda, M. A., Atherino dos Santos, E. K., y Da Rosa Damiani, P. (2020). Experiencias de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud en Punta Arenas, Chile. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29(spe), e20190276. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0276>

Atar, D. (2016). *Aportes Metodológicos para el Estudio de la Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología*. Recuperado de: <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/193>

Astorga-Pinto, S. M., Cabieses, B., Carreño Calderon, A., & McIntyre, A. M. (2019). Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 3(1), 21-31. doi: <https://doi.org/10.34052/rispch.v3i1.49>

Cabieses, B., Darrigrandi, F., Blukacz, A., Obach, A., y Silva, C. (2021). Feeling prepared to face COVID-19 pandemic among Venezuelans in Chile: Findings from an opinion poll. *Medwave*, 21(01), e8103. doi: <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.01.8103>

Cabieses, B., y Oyarte, M. (2020). Acceso a salud en inmigrantes: Identificando brechas para la protección social en salud. *Revista de Saúde Pública*, 54(20), 1-13. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001501>

Castillo, C., y Molina, H. (2020). Análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 14, 53-67.

Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2023). *Listado de Establecimientos de Salud*. Recuperado de: <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>

Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes (2018). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>

Espinel, Z., Chaskel, R., Berg, R. C., Florez, H. J., Gaviria, S. L., Bernal, O., Berg, K., Muñoz, C., Larkin, M. G., y Shultz, J. M. (2020). Venezuelan migrants in Colombia: COVID-19 and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 653-655. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30242-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30242-X)

Fonasa (2023). *Tramos*. Recuperado de: <https://www.fonasa.cl/sites/fofona/tramos>

Gattini, C. (2018). El Sistema de Salud en Chile. *Observatorio Chileno de Salud Pública*. Recuperado de: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/Sistema_Salud_Chile_Gattini_2018.pdf

Giraldo, V., Sobczyk, R., Fernández-Niño, J. A., Rojas-Botero, M. L., y Bojorquez, I. (2021). Prenatal care of Venezuelans in Colombia: Migrants navigating the healthcare system. *Revista de Saúde Pública*, 55(49), 1-8. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002999>

Groos, M. (2023). La criminalización de la solidaridad: Un nuevo instrumento hacia un crimmigration control en Chile. *Crítica Penal y Poder*, 24. doi: <https://doi.org/10.1344/cpyp.2023.24.41871>

Hernández Zuluaga, D., y Moya Ortiz, L. M. (2020). El Derecho a la Salud de los migrantes venezolanos en situación migratoria irregular en Colombia. *UNA Revista de Derecho*, 5, 315-340.

Instituto Nacional de Estadísticas, y Departamento de Extranjería y Migración (2020). *Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019*. Recuperado de: <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2020/06/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2019-regiones-y-comunas-metodolog%C3%ADa.pdf>

International Labor Organization y United Nations Development Programme (2021). Migration from Venezuela: *Opportunities for Latin America and the Caribbean*. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_775183.pdf

Larenas Rosa, D., Cabieses, B. (2018). Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular: La respuesta del sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 58(4), 97-108.

Ministerio de Desarrollo Social (2022). *Encuesta CASEN en pandemia 2020*. Recuperado de: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-en-pandemia-2020>

Ministerio de Relaciones Exteriores (2005). Decreto 84 por el cual se *promulga la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238928>

Melo Moreno, P., Méndez Barra, M., y Pérez Villalobos, C. (2021). Elementos institucionales y contextuales asociados al mejoramiento de las prácticas pedagógicas docentes: Modelo explicativo desde la percepción docente. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 20(43), 181-205. doi: <https://doi.org/10.21703/rexe.20212043melo10>

Mieles Barrera, M. D., Tonon, G., y Alvarado Salgado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: El análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*, 74, 195-225.

Ministerio del Interior (1975). *Decreto Ley 1094 por el cual se establece normas sobre extranjeros en Chile*. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=6483>

Ministerio del Interior (2003). Oficio Circular N° 6232 por el cual se *precisa Sentido y alcance de Circular N° 1179*. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71821af88f94fda7e04001011f0164f3.pdf>

Ministerio del Interior (2008). No. Resolución Exenta N° 1914 que *aprueba Convenio de Colaboración celebrado entre los Ministerios de Salud y del Interior*. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71821af88f83fda7e04001011f0164f3.pdf>

Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2013). *Plan de Acción Nacional contra la Trata de personas*. Recuperado de: <http://tratadepersonas.subinterior.gov.cl/media/2015/07/MITP-Plan-de-Acci%C3%B3n-Nacional-contra-la-Trata-de-Personas-2013.pdf>

Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2021) *Ley 21325 de Migración y Extranjería*. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1158549>

Ministerio de Salud (2008). Oficio Ordinario A 14 N° 3229 *sobre Atención en salud de población inmigrante en riesgo social y situación de permanencia no regular*(2008). Recuperado de: http://www.ssmc.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/022_ordinario-N-3229-regula-atencion-migrantes.pdf

Ministerio de Salud (2016). No. Circular A 15 N° 04 que *Imparte instrucciones para la aplicación de la circunstancia N° 4 del Decreto Supremo N° 110, de 2004, agregada por el Decreto Supremo N° 67, de 2015*. Recuperado de: <http://www.mamchile.cl/wp-content/uploads/2016/06/DOC-20160620-WA0000.pdf>

Moreira Molina, K. L., Mendoza Loor, H. W., y Rodriguez, A. (2021). Dificultades de los migrantes venezolanos en el contexto de la pandemia por Covid-19 en Ecuador. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 2(1), 151-161. doi: <https://doi.org/10.51798/sijis.v2i1.13>

Mougenot, B., Amaya, E., Mezones-Holguin, E., Rodriguez-Morales, A. J., y Cabieses, B. (2021). Immigration, perceived discrimination and mental health: Evidence from Venezuelan population living in Peru. *Globalization and Health*, 17(1), 8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00655-3>

Moya Contreras, M. M. (2022). *Análisis criminológico de la medida de expulsión en el DL-1.094 y la Ley de Migración y Extranjería*. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Recuperado de: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/191729/Analisis-criminologico-de-la-medida-de-expulsion-en-el-DL-1094-y-la-ley-de-migracion-y-extranjeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Murillo-Pedrozo, A. M., Martínez-Herrera, E., Ronda-Pérez, E., y Agudelo-Suárez, A. A. (2021). A Qualitative Study of the Health Perceptions in the Venezuelan Immigrant Population in Medellín (Colombia) and Its Conditioning Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3897. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083897>

Naciones Unidas. (2016). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de septiembre de 2016. Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes*.

Niño Arguelles, Y., Álvarez Santana, C., y Giovanni Locatelli, F. (2020). Migración Venezolana, Aporofobia en Ecuador y Resiliencia de los Inmigrantes Venezolanos en Manta, Periodo 2020. *Revista San Gregorio*, 43, 92-108. <https://doi.org/http:10.36097/rsan.v1i43.1424>

Obach, A., Hasen, F., Cabieses, B., D'Angelo, C., y Santander, S. (2020). Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: Resultados de un estudio exploratorio. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44(e175), 1-7. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.175>

Organización de los Estados Americanos. (2020). *Situación de los venezolanos que han retornado y buscan regresar a su país en el contexto del COVID-19*. http://www.oas.org/documents/spa/press/OEA_Retornados-Venezolanos_ESP.pdf

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020>

Ortega Velázquez, E. (2015). Los niños migrantes irregulares y sus derechos humanos en la práctica europea y americana: Entre el control y la protección. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 1(142). <https://doi.org/10.22201/ij.24484873e.2015.142.4919>

R4V. (2021). *América Latina y el Caribe, Refugiados y Migrantes Venezolanos en la Región—Agosto 2021*. <https://www.r4v.info/es/document/r4v-america-latina-y-el-caribe-refugiados-y-migrantes-venezolanos-en-la-region-agosto-2021>

R4V. (2023). *Refugiados y migrantes venezolanos en la región hasta mayo 2023*. <https://www.r4v.info/es/document/r4v-america-latina-y-el-caribe-refugiados-y-migrantes-venezolanos-en-la-region-may-2023>

Rentería-Pedraza, V. H. (2020). Impacto de la deportación en la calidad de vida de las familias migrantes mexicanas en el sur del condado de San Diego, California. *Huellas de la Migración*, 5(10). <https://huellasdela migracion.uaemex.mx/article/view/14617>

Rivers, M. (2019). La Visa de Responsabilidad Democrática: Un (imperfecto) faro de esperanza para migrantes venezolanos. *Independent Study Project Collection*, 3246, 28.

Salaberría, K., de Corral, P., Sánchez, A., y Larrea, E. (2008). Características sociodemográficas, experiencias migratorias y salud mental en una unidad de apoyo psicológico a inmigrantes. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 5-14.

Servicio Jesuita a Migrantes. (2022). *Migración en Chile. Lecciones y desafíos para los próximos años: Balance de la Movilidad Humana en Chile 2018—2022*. <https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>

Servicio Nacional de Migraciones. (2023). *Reporte 1. Estadísticas generales registro administrativo. Servicio Nacional de Migraciones 2021-2022*. <https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/analisis-sermig/>

Stang, M. F. (2016). De la Doctrina de la Seguridad Nacional a la gobernabilidad migratoria: La idea de seguridad en la normativa migratoria chilena, 1975-2014. *Polis (Santiago)*, 15(44), 83-107. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682016000200005>

Stefoni, C., y Brito, S. (2019). Migraciones y migrantes en los medios de prensa en Chile: La delicada relación entre las políticas de control y los procesos de racialización. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 23(2), 1-28. <https://doi.org/10.35588/rhsm.v23i2.4099>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2021). *Global Trends. Forced displacement in 2020*. <https://www.unhcr.org/60b638e37.pdf>

Zambrano-Barragán, P., Ramírez Hernández, S., Freier, L. F., Luzes, M., Sobczyk, R., Rodríguez, A., y Beach, C. (2021). The impact of COVID-19 on Venezuelan migrants' access to health: A qualitative study in Colombian and Peruvian cities. *Journal of Migration and Health*, 3, 100029. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100029>

Zepeda Vega, C. V., y González Campos, M. C. (2019). Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno. Una revisión sistematizada. *Salud & Sociedad*, 10(2), 188-204. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-012>