

O DIREITO DE SER E ESTAR, COM SAÚDE: TRAJETÓRIA, INSERÇÃO SOCIAL E SAÚDE DOS MIGRANTES CONTEMPORÂNEOS NO BRASIL**THE RIGHT TO BE AND BEING, WITH HEALTH: TRAJECTORY, SOCIAL INSERTION AND HEALTH OF CONTEMPORARY MIGRANTS IN BRAZIL**

Daniel Luciano Gevehr^a, Dilani Silveira Bassan^b, Edemilson Pichek dos Santos^c, Samanta Andresa Richter^d, Rogério Luís de Vargas Sander^e

^a Doutor em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Professor do Mestrado em Desenvolvimento Regional das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). E-mail: danielgevehr@faccat.br

^b Doutora em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Professora do Mestrado em Desenvolvimento Regional das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). E-mail: dilanib@faccat.br

^c Mestre em Desenvolvimento Regional pelas Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). E-mail: edemilson@sou.faccat.br

^d Mestra em Desenvolvimento Regional pelas Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). E-mail: samantarichter@sou.faccat.br

^e Contador. E-mail: rogeriosander@hotmail.com.br

Informações de Submissão

Recebido em 17 de outubro de 2019.

Aceito em 20 de março de 2020.

Publicado em 29 de maio de 2020.

Palavras-chave

Gestão em Saúde; Migrações Contemporâneas; Acesso à Saúde; Políticas Públicas.

Resumo

O estudo tem como objetivo analisar e identificar a trajetória e a inserção social e de acesso à saúde dos migrantes na contemporaneidade no Brasil. A pesquisa apresenta, em seu referencial metodológico, a Análise Contextual, proposta por Hins, Chaves e Cypress, que pressupõe quatro níveis contextuais, que se interligam: contexto imediato, específico, geral e metacotexto. Para tal, foram utilizadas 65 publicações, oriundas de pesquisa online e de fontes bibliográficas impressas. A coleta de dados foi realizada em agosto e setembro de 2019. Em relação aos resultados, ressalta-se os conceitos de região, assim como, o de identidade e formação do espaço dos migrantes. No que se refere a gestão em saúde, verifica-se que estas são norteadas pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Lei de migração de 2017, sendo notória, a garantia de direitos desses migrantes, desde a Constituição de 1988. Concluiu-se, a partir do levantamento realizado, que o migrante enfrenta, praticamente, as mesmas dificuldades que o brasileiro, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, dada a alta demanda deste serviço.

Keywords

Health Management; Contemporary migrations; Health Access; Public policy.

Abstract

The study aims to analyze and identify the trajectory and social insertion and access to health of migrants in contemporary Brazil. The research presents, in its methodological framework, the Contextual Analysis, proposed by Hins, Chaves and Cypress, which presupposes four interconnected levels: immediate, specific, general and metacontext context. For this, 65 publications were used, coming from online research and printed bibliographic sources. Data collection was carried out in August and September 2019. Regarding the results, we highlight the concepts of region, as well as the identity and formation of the space of migrants. With regard to health management, it is found that they are guided by the guidelines of the Unified Health System (SUS) of the 2017 Migration Law, and the guarantee of rights of these migrants, since the 1988 Constitution. It was concluded from the survey that the migrant faces practically the same difficulties as the Brazilian, regarding access to health services, given the high demand of this service.

1. INTRODUÇÃO

O cenário da imigração internacional contemporânea no Brasil, contempla o fluxo de migrantes haitianos, a partir de 2010. Os destinos prioritários têm sido os estados das regiões Sul e Sudeste (CAVALCANTI, 2015). A imigração internacional tem por base fatores econômicos, políticos, sociais e humanitários, ademais esse fluxo de migração se caracteriza pela busca de melhores condições de vida superando a emigração de quem busca ocupar um espaço em centros comerciais, servindo-se como mão de obra. (AMORIM, 2012; RODRIGUES, 2013; FERNANDES, 2014).

Ocorre no processo de imigração um contraste de cultura, conseqüentemente pressupõe-se um conflito/crise e uma posterior adaptação ao novo ambiente cultural. Apesar dessa conotação, os imigrantes ainda optam por esse caminho na busca de uma vida melhor (OLIVEIRA, 2016).

Por sua vez, os imigrantes acreditam que a baixa fluência em português e o baixo acesso a bons trabalhos sejam as maiores barreiras para o imigrante. Outras dificuldades estão relacionadas ao processo de adaptação cultural, relações de trabalho, baixa remuneração, custo de vida e distância dos familiares. Para os haitianos, a vinda para o Brasil gerou grande expectativa, imaginavam grandes oportunidades de trabalho e renda. Apesar de não terem alcançado a expectativa em sua plenitude, avaliam que o Brasil oferece melhores condições de moradia, saúde, direitos e trabalho do que a que possuíam no Haiti (ASSIS, 2017).

Os desafios da inclusão desses imigrantes refugiados, relacionam-se ao idioma, à cultura diversa da brasileira, à situação de extrema vulnerabilidade social e requer da sociedade

brasileira ações humanitárias e de solidariedade entre povos. Essa população precisa integrar-se às comunidades locais e, por isso, torna-se necessário que as cidades forneçam infraestrutura de acolhimento, informações e meios para regularização da estadia destes no Brasil.

No que tange a saúde, apesar do direito à saúde ser um direito fundamental reconhecido pela constituição federal, ao pesquisarmos o tema do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelos imigrantes no Brasil percebemos que suas vias se encontram obstaculizadas. Além das barreiras encontradas no idioma, baixos salários, habitação inadequada, baixo acesso a estudo e a dificuldade para validação de títulos haitianos de graduação e/ou profissionalizantes. Também são encontrados dificuldade dos profissionais de saúde em não compreender as queixas dos usuários imigrantes, bem como, os pacientes em não entender as orientações dos profissionais (GARCIA JESKE, 2016; SPAREMBERGER., 2017).

Seguindo o princípio constitucional e doutrinário do SUS de universalidade do acesso à saúde, o primeiro ponto a se esclarecer é que toda a população imigrante tem direito a atenção à saúde de maneira humanizada e qualificada. Além disso, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a competência cultural é um aspecto derivativo que envolve o reconhecimento das necessidades de diferentes grupos populacionais, de acordo com suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações sobre o processo saúde-doença.

Diante disso, o estudo se questiona: em relação migrações contemporâneas no Brasil, como ocorre trajetória, inserção dessa população no contexto social e de saúde?. Nessa perspectiva, o estudo apresentado apresenta como objetivo geral analisar e identificar a trajetória e inserção social e de saúde dos migrantes na contemporaneidade no Brasil. Com isso, o presente artigo está organizado pela seção metodologia e posteriormente pelos resultados e discussão, por último, pelas as considerações finais.

2. METODOLOGIA

Para o estudo se desenvolveu-se um ensaio teórico-reflexivo fundamentado no aporte teórico de Hinds, Chaves e Cypress, o qual permite a compreensão sistêmica do fenômeno de estudo, a partir dos contextos em que está inserido. Conforme este referencial, quatro níveis interativos de contexto (imediato, específico, geral e metacontexto), referidos como camadas de relações, interligam-se e delimitam a análise contextual. O contexto imediato caracteriza-se por englobar as peculiaridades e os aspectos mais relevantes do fenômeno no presente.

O específico comporta os percalços referentes ao fenômeno em investigação, quando este ocorre. O contexto geral amplia esse espectro, considerando os aspectos adquiridos ao

longo do tempo, como crenças, valores e história de vida dos sujeitos envolvidos no fenômeno. Por fim, o metacontexto contempla uma camada mais ampla, que incorpora a formação de um conhecimento socialmente construído, baseado em normas e políticas públicas, resultando em uma perspectiva social e compartilhada (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

Com isso, os contextos apresentados neste estudo estão sistematizados em quatro subtemas, fundamentados em conhecimentos prévios da literatura científica que abordam a migração contemporânea no Brasil. Após busca nas principais bases de dados, no Google Acadêmico, Scielo e em *websites* oficiais do governo brasileiro, como do Palácio do Planalto os dados foram coletados, armazenados e, posteriormente, interpretados mediante sucessivas leituras flutuantes com vistas a um contato mais aprofundado dos pesquisadores com as informações constantes nos textos. Cabe destacar, contudo, que neste tipo de proposta metodológica, não há a pretensão de sistematizar tais interpretações, a exemplo do que acontece em revisões integrativas e sistemáticas da literatura, mas sim, de compreender, sob uma perspectiva analítica, o teor das publicações coletadas no contexto contemporâneo.

A análise contextual foi realizada considerando cinco etapas distintas. Na primeira etapa, formulação do problema, a questão norteadora foi relacionada a um raciocínio teórico e incluiu o aprofundamento da temática. Esta etapa incluiu-se os descritores “migrantes”, “cenário contemporâneo de migração”, “migração contemporânea no Brasil” e “saúde do migrante” para a execução de busca online dos estudos.

Na etapa seguinte, na coleta de dados, a busca online foi realizada em agosto e setembro de 2019, encontrando-se 65 publicações em sítios virtuais científicos. Trata-se de um estudo atemporal, por contextualizar conceitos de migrações. Como critérios de inclusão, pesquisaram-se artigos originais, de revisão bibliográfica e documentos públicos disponibilizados nos sites governamentais. Também utilizou da bibliografia clássica, impressa em livros. De exclusão, desconsiderou as publicações de trabalho de conclusão de curso (TCC), dissertações e teses.

Na terceira etapa, avaliação dos dados, realizou-se ponderação criteriosa das informações coletadas em busca de respostas à questão norteadora. A análise dos dados, quarta etapa, deu-se com base na análise de conteúdo temática, proposta por Minayo (2017) e se constituiu em pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados. Na pré-análise, deu-se a leitura flutuante dos artigos na íntegra.

Após, na exploração do material, foram identificadas categorias temáticas conforme a perspectiva conceitual de cada camada de contexto: contexto imediato, contexto específico, contexto geral e metacontexto, ponderando os dados que inicialmente haviam sido apontados em fichas individuais, reunindo-as em um quadro síntese, sendo organizadas de tal forma para

permitir a classificação do corpus teórico, no intuito de contribuir com novos conhecimentos a partir das ideias dos autores estudados.

A interpretação dos resultados tratou da análise das temáticas encontradas, discutidas à luz das concepções dos autores trazidas nos artigos estudados. E, dessa forma, os dados coletados foram delimitados conforme a perspectiva conceitual de cada camada de contexto, sendo estas interativas e não estáticas e/ou isoladas. Assim, as mesmas estão apresentadas em subtemas no intuito de facilitar a visualização e compreensão do fenômeno investigado, propondo uma sequência lógica de análise.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo como objetivo organizar as análises, de forma que se compreenda os eixos de discussão, apresentados nas fontes consultadas, optou-se pela utilização de quatro eixos, através dos quais se realizam as análises contextuais. A metodologia empregada nesta análise permitiu uma leitura vertical das fontes, aprofundando sua compreensão e propondo uma leitura crítica sobre suas contribuições para o objeto da pesquisa proposta, que tem os migrantes como protagonistas.

3.1 Contexto imediato: Ponderando conceitos sobre região e as migrações contemporâneas

A proposta de análise de uma região deve levar em conta a delimitação do espaço a ser estudado para que seja preservada a identidade local e as características regionais. Para que isso seja possível, é necessário delinear o conceito de região. Uma das possibilidades de se entender região é a que aponta para sua própria identidade. Apresenta-se como um campo de forças, atraindo unidades econômicas e organizando todo o território à sua proximidade (SANTOS, 1992).

Contudo, região é o *locus* de determinadas funções da sociedade total em um momento dado, ou seja, a cada momento histórico a região ou subespaço do espaço nacional total, aparece como o melhor lugar para a realização de certo número de atividades (SANTOS, 1996). A região também pode designar em uma área geográfica com certas características homogêneas ou comuns que a distinguem de áreas adjacentes ou de outras regiões. Também é utilizada frequentemente como unidade político-administrativa (ALBAGLI, 2004).

No entanto, a região entendida sob o enfoque social, deve ser construída socialmente, a partir de laços comuns, de identidade que expressem a cultura, a economia e a política regional. A região é caracterizada pelos laços de pertencimento e, também pode ser considerada como

uma demarcação político-administrativa que mostra um grau de homogeneidade sociohistórica. Todavia, o conceito de região remete a diferentes reflexões. No entanto, cada autor inclui na formulação dos conceitos, noções naturais ou ambientais, econômicas, sociais, culturais, bem como, aspectos históricos que deram origem e especificidade a cada região.

A região está inserida em um processo de diversidade e de ação humana sobre o território. O processo de regionalização está vinculado a diferenciação de áreas, ou seja, a ação humana sobre o espaço que resulta em um processo complexo, que tende a dividir o espaço ocupado pelo homem e, ao mesmo tempo, integrá-lo. O modo de produção capitalista foi responsável por acentuar a regionalização, pela diferenciação e integração verificada dentro da mundialização da economia. A região, pode assim, ser considerada inserida na divisão nacional e internacional do trabalho e pela associação de relações de produção distintas (CORRÊA, 1997).

A construção da região é resultado de um processo dialético de articulação, entre o processo histórico e os interesses específicos dos agentes e/ou atores sociais, imprimindo características específicas a determinado espaço. Dessa forma, a geografia é a ciência que permite a compreensão da organização do espaço, através do processo histórico. As reflexões, apresentadas a seguir, partem de duas dimensões teóricas: a primeira se refere ao território e sua dinâmica, procurando entender como o indivíduo se relaciona com o território, especialmente a partir de sua dimensão social e econômica. A segunda dimensão trata da mobilidade espacial, que tem por objetivo qualificar o debate das migrações e dos deslocamentos populacionais. Nesse sentido, as investigações acerca dessas duas dimensões teóricas enfatizam a importância dos migrantes para a formação dos territórios, especialmente os de destino.

A compreensão do processo que envolve essas dimensões passa pelo conhecimento do significado de território e qual a sua representatividade, assim como ocorre o deslocamento de pessoas que o constitui e o identifica. Nesse contexto, o recorte regional é significativo para a compreensão da mobilidade populacional, com ênfase nas suas especificidades regionais, visando mostrar como as transformações e as contradições presentes em sua dinâmica podem influenciar na configuração do território.

A proposta de uma definição para território faz parte de um intenso debate sobre a formação de um conceito único. O termo território ligado à Geografia, pode, também, ser definido pela Economia, pela Filosofia e pela Sociologia, mostrando a polissemia desse conceito. Dessa forma, o conceito de território é um dos fundamentos da pesquisa, ou seja, é no território que ocorre a construção de relações econômicas, sociais, políticas e culturais. É no

território que os grupos sociais disputam e afirmam seus interesses, ou seja, defende-se nesta pesquisa o território construído a partir dos agentes sociais. O conceito de território como categoria geográfica construída historicamente faz com que se apreenda a natureza primeira das ações humanas realizadas por atores sociais, investigadas por meio dos objetos, de ações e pela cultura.

Na geografia moderna, o território, em seu sentido mais legítimo, está associado à ideia de Estado, uma categoria básica e longeva; no sentido mais estrito, território significa a extensão de um país (SILVEIRA, 2008). Essa definição apresentou-se insuficiente, já que o conceito de território é polissêmico e não se esgota em si mesmo. Porém as ideias, textos e discussões convergem para um ponto comum, ou seja, o território como lugar em que se estabelecem as relações de poder entre os distintos agentes (SANTOS, 1996).

Já a dinâmica atribuída ao território, tem origem justamente nas ações humanas, no comportamento das pessoas, instituições, empresas, variando de acordo com a origem, a força, a intencionalidade e os conflitos. O território usado é um campo que, independente das forças atuantes e da desigualdade entre elas, contribui para a geração de diferentes situações (SILVEIRA, 2011). Embora o termo território, em sua origem latina, tenha o significado de “terra pertencente a alguém”, esse pode ser construído e também desconstruído, sem que seja necessária uma vinculação com o Estado-Nação, ou seja, na estruturação de um território não existe a necessidade da participação do Estado-Nação (BRITO, 2005).

A noção de território é posterior à de espaço e é resultado de uma ação conduzida por um ator que, ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente o territorializa. Desse modo, “a apropriação, produção e dominação do espaço, historicamente gera o território. Isso ocorre de maneira processual e relacional através das relações sociais (econômicas, políticas e culturais) e das diversas redes que estabelecemos diariamente” (RAFFESTIN, 1993).

O movimento que ocorre no território em determinado momento torna-se histórico e relacional, envolvendo distintos grupos sociais em períodos e espaços diferentes, construído com base em redes, nós e malhas que estabelecem territórios diferenciados, no tempo e no espaço, formados por meio de relações de poder, redes, desigualdades, diferenças e identidades (RAFFESTIN, 1993).

Tendo em vista que a pesquisa investiga a dinâmica das migrações e as trajetórias dos migrantes, faz-se necessário compreender a relação existente entre o migrante e o território de origem e, principalmente, o de destino, local este em que serão construídas novas relações econômicas, sociais, políticas e culturais. Por vezes, os migrantes podem sentir-se “estrangeiros” no território de destino. Nesse processo, o migrante é discriminado por carregar

ideologias, crenças e culturas diferentes daquelas da sociedade de destino. No entanto, para o migrante, a busca de melhores condições de vida representa a motivação para enfrentar as diversidades da migração.

As migrações representam um fenômeno social complexo, portador de múltiplos sentidos que vão além das expectativas da sociedade receptora do migrante. Todavia, há uma tendência de que as sociedades receptoras aceitem os migrantes apenas como força de trabalho. A migração cria, então, uma situação de desequilíbrio entre as expectativas e o grande poder que tem o migrante de transformar a sociedade receptora. Dessa forma, a construção de territórios de migração guarda vários sentidos e contradições (PAIVA, 2013).

A dinâmica territorial envolve o deslocamento de pessoas, como citado acima, representado pelas migrações, objeto desta pesquisa, porém os estudos sobre dinâmica territorial ainda contemplam os fluxos de mercadorias, informação e valores. Esses elementos intensificam as relações entre regiões e, ao mesmo tempo, as fazem diferentes umas das outras. A dinâmica cria um fluxo no território e entre territórios, envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, fatores esses que vão alterando as configurações dos territórios e tornando-os distintos.

Os fatores responsáveis pelas mudanças no território criam hierarquia de lugares e redefinem a capacidade de agir das pessoas, das firmas e das instituições. As relações que fazem parte da dinâmica territorial são assimétricas, pois tendem a favorecer um lugar em detrimento de outro, aumentando as diferenças existentes, ou seja, transformando os lugares.

Constata-se, então, a importância da formação social de uma região e de suas relações com o contexto global. A Geografia tem um papel relevante na construção desse conhecimento. No processo de formação de uma região, os fatores sociais e econômicos são os eixos das diferentes formações sociais, que têm identidades próprias, mas, dentro de um processo dinâmico, também são influenciadas por forças externas, hegemônicas. O que determina a formação do território é a divisão social do trabalho. É a partir do trabalho, da produção, que ocorrem as transformações territoriais. Assim, o papel do “homem” como formador da sociedade é fundamental na investigação das mudanças ocorridas nos territórios, pois é por sua influência que as mesmas acontecem.

3.2 Contexto específico: identidade e formação do espaço social e sua historicidade

Para pensar a identidade cultural do território, é preciso, antes de mais nada, pensar na formação histórica do espaço regional estudado, cuja representação cultural remete, inevitavelmente, à história da imigração alemã e a colonização dos alemães na região. Portanto, é preciso lembrar que a colonização alemã em Taquara [município sede e do qual Igrejinha se emancipou em 1964] *locus* da pesquisa, teve início em 1846, com a chegada dos primeiros imigrantes. O nome do município é proveniente de “taquaral”, vegetação de bambus silvestres, que cobria as margens do rio dos Sinos, até então denominada Colônia do Mundo Novo, após emancipação política de São Leopoldo, passando a chamar-se de Taquara do Mundo Novo, fundada por Tristão Monteiro (MOSSMANN, 2007).

Pesquisas mais recentes sobre cultura, identidade, raça e etnia apresentam-se, cada vez mais expressivas no meio acadêmico, permitindo reafirmar a pluralidade de representações e identidades relacionadas a cultura [e suas diferentes expressões] contemporâneas. Com a globalização reduziram-se – ainda que dadas as devidas proporções - as distâncias e aproximaram-se para nossa “vizinhança” culturas, pensamentos, ideias e línguas que, em sua maioria, nossos antepassados jamais haviam ouvido falar [ou até mesmo imaginado existir]. A proximidade, produziu sentimentos contraditórios, assim como tornou o mundo mais diversificado e dinâmico, em sua constituição cultural. Isto serviu de incentivo para um processo de valorização das diferenças, de diferentes matrizes.

A cultura [e tudo que a ela se associa material e imaterialmente] é compreendida como parte das manifestações de um grupo social, e que nesse contexto, passa a ser colocada como ponto central da discussão. O estudo busca compreender os traços culturais – expressos através de determinadas interações dos grupos étnicos – e que manifestam parte da sua identidade, trazida do seu território de origem [seja ele nacional ou mesmo regional]. O que se coloca como elemento fundamental na pesquisa, é compreender como os diferentes grupos de imigrantes – que compartilham de uma identidade étnica singular - se identificam com o sentimento – comum – de pertencer a determinado grupo, e com o qual o indivíduo partilha as mesmas tradições (HOBSBAWN, 2008).

Essa correlação de forças identitárias é fundamental para compreender as formas e os mecanismos envolvidos na inserção destes grupos no novo território de chegada e, finalmente, na dinâmica de inserção deles no sistema público de atendimento à saúde (SUS). Para melhor compreender essa questão, deve-se lembrar que os aspectos multiculturais e suas teorizações,

de caráter cada vez mais globalizante, abrangem, também, a multiplicidade, enquanto uma característica contemporânea (HALL, 2014).

Em face ao exposto, considera-se a observação sobre o conceito de *etnia*. Compreendendo a cultura como constituída, também, através das influências e trocas sociais, há de observar que a interpretação de um grupo étnico, deve tomar como elemento fundamental, a representação da cultura, que os identifica como grupo, de acordo com os símbolos culturais manifestos – e expressos de diferentes formas – no cotidiano. Com isso, parte-se da ideia de que *etnia* ou *etnicidade* (POUTIGNAT; STREITFF-FENART, 1998) são conceitos fundamentais para pensar o objeto da pesquisa e, através dos quais, pode-se pensar na relação existente entre os processos que envolvem a preservação das memórias e dos sentimentos associados à identidade étnica - tanto dos grupos que "estão" quanto daqueles que "chegam."

3.3 Contexto geral: a saúde dos imigrantes no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

É a partir da Constituição Federal de 1988 (CF-88), que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Logo foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2018)

O Sistema Único de Saúde (SUS), portanto iniciou-se no Brasil em 1988 e se instituiu pela a Lei Orgânica 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. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (BRASIL, 1990).

Esse Sistema de Saúde embasa-se em três grandes princípios, o primeiro a *universalização*, que diz que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O segundo a *equidade*, que traça por objetivo o princípio de diminuir desigualdades. Já o terceiro traz a *integralidade*, princípio que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

Esses princípios sucedem aos princípios organizativos do SUS, que compreendem na *regionalização e hierarquização, sistematizando* os serviços sendo que devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região (BRASIL, 1990).

Os princípios organizativos contemplam também a *descentralização e comando único*, esses enfatizam que descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do comando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade (BRASIL, 1990). E a *participação popular*, onde a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (BRASIL, 1990).

Em relação aos imigrantes, focos da pesquisa, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990) estes possuem os mesmos direitos ao acesso à saúde que os demais brasileiros têm. Ressalta-se que a migração internacional é atualmente considerada um dos maiores desafios a nível mundial, surgindo como fonte de reflexão para a generalidade dos países, o que enfatiza a necessidade de compreensão da movimentação da população e do seu impacto, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem (CARBALLO, M; NERUKAR, 2001).

Já as diretrizes, que organizam a Rede de Atenção à Saúde (RAS), foram criadas pela Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010, e são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Essa organização, exige uma dinamicidade na gestão, considerando a regionalização e a descentralização do SUS. Com o intuito de reforçar a organização de ações e serviços

integrados por municípios com similaridades regionais, desta forma, garante melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, as RAS constituem-se de sistemas integrados que se propõem a prestar atenção à saúde adequada para uma população adscrita em um território. Caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção - espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde -, como os domicílios, as unidades básicas de saúde, os ambulatorios especializados, a policlínicas, as maternidades, os hospitais, entre outros, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários aos demais pontos de atenção (BRASIL, 1990; MENDES, 2014)

As RAS são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A sua estruturação apresenta-se como um caminho possível de consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso dos indivíduos, com ênfase na integralidade e continuidade do cuidado. Esse modelo de redes regionais de atenção à saúde no SUS, é favorecida atualmente pelo Pacto de Gestão e se constitui em uma das estratégias para a regionalização. No entanto, necessita de cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2006).

A operacionalização da RAS ocorre pela interação de três elementos constitutivos: a população e região de saúde; a estrutura operacional; e um modelo de atenção à saúde. A definição da população é o ponto de partida para a organização da rede de atenção à saúde. São analisadas as condições de vida, ambiente e de acesso aos serviços de saúde, definindo, assim, o território em uma região de saúde.

Através da análise do território são apontadas as situações problemáticas, as necessidades e a situação em saúde da população em uma determinada região. A região de saúde é formada por agrupamentos de municípios vizinhos e próximos, considerando identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A estrutura operacional da RAS constitui-se diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde, que incluem além da APS a

Atenção Secundária e Terciária, os sistemas de apoio, logísticos e o sistema de governança. Já o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS. Articula de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações - grupos de riscos - os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias (BRASIL, 2006; MENDES, 2014; RODRIGUES, 2014).

3.4 *Metacontexto*: políticas públicas voltadas para a saúde dos migrantes

Devido ao terremoto que assolou o Haiti, em janeiro de 2010, se iniciou uma diáspora haitiana pelo mundo, e o Brasil concretizou-se como um dos destinos dos haitianos. Dessa forma, em um gesto de demonstração de boa-vontade das tropas brasileiras com o povo haitiano, Com a vinda maciça de haitianos ao Brasil, percebe-se que a situação não se encaixava em imigração, nem em refúgio, então, em 2012, o governo criou a Resolução Normativa n. 97, que concedeu aos haitianos o visto humanitário, que é uma junção das categorias existentes (imigração e refúgio) (BRASIL, 2012).

Portanto no âmbito nacional, é existente legislações que estabelecem direitos e deveres aos migrantes e refugiados. A Constituição Federal de 1988, de origem democrática, está norteada por princípios e valores fundamentados no respeito à dignidade humana (art. 1º, inc. III), à cidadania (art. 1º, inc. II) e à prevalência dos Direitos Humanos e concessão de asilo político nas relações internacionais (art. 4º inc. II e X). O caput do artigo 5º da Constituição Federal afirma, peremptoriamente, que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.” Esse dispositivo não deixa dúvidas de que os estrangeiros residentes no País estão em condição jurídica paritária aos brasileiros, no que concerne à aquisição e gozo dos direitos fundamentais. A Constituição de 1988 inaugurou um novo quadro jurídico político desses direitos, alargando o seu alcance de proteção aos estrangeiros (migrantes e refugiados).

Visto anteriormente na última seção, além da Constituição que consiste o SUS, desde o ano de 2017, através da Lei 13.445 de 24 de maio foi instituída a Lei de migração, ressalta-se que no art 4 é referenciado que, “ao migrante é garantida em todo território nacional, em condições de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como são assegurados”. Ainda está assegurado pela lei o acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social, sem discriminação em razão, da nacionalidade e da condição migratória (BRASIL, 2017).

A lei de migração é ainda muito recente no Brasil, porém ela respalda o migrante em diversos aspectos, tanto no amparo a saúde como também no que diz respeito aos papéis sociais e culturais que cada migrante possui. Para Santos (2016) os migrantes internacionais compõem um dos grupos cujo acesso aos serviços de saúde no Brasil; embora garantido pela Constituição, é dificultado por uma série de fatores estruturais. Também visto que os migrantes em seu geral são mais vulneráveis social e economicamente, sobretudo os recém-chegados, que se submetem mais facilmente a postos de trabalho insalubres, a salários baixos e a moradias precárias.

Contudo, é perceptível que as leis e políticas públicas voltadas para o migrante no contexto de saúde são asseguradas, porém pouco difundidas para os profissionais de Saúde, o que mais “utilizam” as diretrizes do SUS, na esfera da integralidade, equidade e universalidade e que a Lei voltada ao migrante pouco é difundida e conhecida (SANTOS, 2016).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar e identificar a trajetória e inserção social e de saúde dos migrantes na contemporaneidade no Brasil, configurado em demais esferas (sociais, culturais e econômicas), e no que tange o contexto de saúde dessa respectiva população. Com vistas, para o atendimento ao imigrante, que chega e se estabelece em um território desconhecido do contexto vivenciado até o momento da partida do território emigrado. Nele, as condições de saúde, podem se apresentar diversas de sua cultura e de seu cotidiano, conflitantes na nova terra recém-chegada.

Em relação ao contexto de saúde, apesar de existirem políticas públicas voltadas aos migrantes, o migrante enfrenta as mesmas dificuldades que o brasileiro possui, excessiva demanda nos serviços de saúde. O indivíduo migrante a ele é garantido os mesmos direitos ao acesso e inserção a saúde. Devido a crescente migração a partir de 2010, foi estabelecida em 2017, a Lei de migração que também garante o direito à saúde do migrante estrangeiro.

Migração é tema em crescimento e faz parte da pauta política das instâncias governamentais. Apesar dos exemplos apresentados, são poucas as iniciativas governamentais ou os aportes de recursos destinados às demandas migratórias. Tem-se notado certa lentidão e ânimo do Estado brasileiro no tratamento das questões que envolvem o fluxo das migrações, o que confirma uma posição falta de engajamento com a acolhida e a integração do migrante em terras brasileiras, agravada por posturas e discursos, preconceituosos e discriminatórios contra esse segmento de pessoas.

A gestão em saúde, tema foco desta pesquisa, tem se evidenciado de forma gradativa e sonolenta, característica singular do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, não diferente a todo restante da população usuária. Por outro lado, em face do pouco caso governamental à situação migratória, o maior amparo aos migrantes fica por conta da sociedade civil organizada, seja por meio das empresas (mão de obra), Igrejas, ONGs, Sindicatos e de grupos de voluntários.

Finalmente, cabe mencionar que a academia vem se aproximando, cada vez mais, do tema da migração, por meio de pesquisas, grupos de estudos e pela implantação de políticas e programas específicos para que os migrantes possam acessar o ensino superior. Este estudo ambienta-se neste tema através de grupo de docentes e pesquisadores de áreas distintas de instituição privada para promover o diálogo sobre o tema migração.

5. REFERÊNCIAS

ALBAGLI, S. Território e territorialidade. In: BRAGA, Christiano. MORELLI, G. LAGES, V. N. (orgs). **Territórios em movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva**. Brasília: Relume-Dumará, 2004. p. 23-70.

AMORIM, S. G. **Contextualização do debate brasileiro acerca das migrações internacionais** – Uma análise a partir do caso haitiano. Lindóia/SP - 2012.

ASSIS, N. M. *et al.* Acolhimento de imigrantes haitianos via integração ensino-serviço-pesquisa na atenção primária à saúde: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

BRASIL. **Lei 13445 de 24 de maio de 2017 - Lei de migração**. Palácio do Planalto. Brasília, 2017.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 97, de 12 de janeiro de 2012**. Conselho Regional de Imigração. Brasília, 2012.

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Ministério da Saúde: Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional da Saúde. **Lei 8.080 de 19/09/1990**. Ministério da Saúde: Brasília, 1990.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Palácio do Planalto. Brasília, 1988.

BRITO, C. Algumas observações sobre o conceito de território. **Ágora**. v.11, n.2, p.115- 131, jul/dez. 2005.

CARBALLO, M; NERUKAR, A. Migration, refugees, and health risks. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, n. 3, p. 556 560, 2001.

CAVALCANTI, L. Imigração e mercado de trabalho no Brasil: características e tendências. **PÉRIPLoS. Revista de Pesquisa sobre Migrações**, v. 1, n. 2, 2015.

CORRÊA, R. Região: a tradição geográfica. In: CORRÊA, Roberto Lobato. **Trajetórias Geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

FERNANDES, D.; CASTRO, M. C. G. A migração haitiana para o Brasil: Resultado da pesquisa no destino. In: La Migración Haitiana Hacia Brasil. OIM, **Cuadernos Migratorios**, n. 6, p. 51-66, 2014.

GARCIA JESKE, T.; LOPES SPAREMBERGER, R. F. Políticas públicas e sociais: um debate acerca da universalidade do sistema único de saúde (SUS) diante dos imigrantes no Brasil. **Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**. 2016.

HALL, S. Quem precisa da identidade? In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais**. 14 ed. Petrópolis: Vozes, 2014. pp. 103-133.

HINDS, P. S.; CHAVES, D.; CYPESS, S. M. Context as a source of meaning and understanding. **Qualitative health research**. v.2, n.1, p. 61-74, 1992.

HOBBSAWN, E. “Introdução: a invenção das tradições” In: HOBBSAWN, Eric & RANGER, Terence. **A Invenção das Tradições**. 5 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. p. 09-23.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LEÃO, L. H. C et al. International migration, health, and work: an analysis of Haitians in Mato Grosso State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, n. 7, 2017.

MENDES, E. V. Os modelos de atenção à saúde. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 244-292, 2011

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MOSSMANN SOBRINHO, P. G. **Histórias e Fatos do Mundo Novo**. Taquara/RS: FACCAT, 2007.

OLIVEIRA, M. R. et al. Ressignificação da identidade no processo de imigração haitiana: uma pesquisa numa cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 2, n. 2, p. 145-159, 2016.

PAIVA, O. C. **Histórias da (I)migração: imigrantes e migrantes em São Paulo entre o final do século XIX e o início do século XXI**. São Paulo: Arquivo Público do Estado, 2013.

POUTIGNAT, P; STREITFF-FENART, J. **Teorias da Etnicidade seguido de Grupos Étnicos e suas Fronteiras de Frederik Barth**. São Paulo: Editora da UNESP, 1998.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. França. São Paulo: Ática, 1993.

RODRIGUES, L. B. B et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 343-352, 2014.

RODRIGUES, V. M. **Migrantes Haitianos no Brasil: Mitos e Contradições**. 2013.

SANTOS, F. V. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016.

SANTOS, M. **Espaço e método**. 3ª ed. São Paulo: Nobel. p. 65-70, 1992.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos de geografia**. 4ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

SANTOS, M., SILVEIRA, M. L. (Org.). **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVEIRA, M. L. Globalización y territorio usado: imperativos y solidaridades cuadernos del cendes. **Tercera época**, set-dez, v. 25, n. 69, 2008.