

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS ERECHIM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS  
HUMANAS**

**THAMYLLLE FRANCIÉLE DOS SANTOS FRANÇA**

**MINHA SAÚDE EM OUTRO PAÍS:**

VÍNCULOS, CUIDADOS E PERTENCIMENTOS DE IMIGRANTES EM ATENDIMENTO HOSPITALAR NO  
MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

**ERECHIM**

**2023**

**THAMYLLLE FRANCIELE DOS SANTOS FRANÇA**

**MINHA SAÚDE EM OUTRO PAÍS:**

VÍNCULOS, CUIDADOS E PERTENCIMENTOS DE IMIGRANTES EM ATENDIMENTO HOSPITALAR NO  
MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

Dissertação apresentada para o Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Muller

**ERECHIM**

**2023**

**Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

França, Thamylle Franciele dos Santos  
MINHA SAÚDE EM OUTRO PAÍS: VÍNCULOS, CUIDADOS E  
PERTENCIMENTOS DE IMIGRANTES EM ATENDIMENTO HOSPITALAR  
NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO / Thamylle Franciele dos  
Santos França. -- 2023.  
143 f.

Orientador: Doutor Paulo Ricardo Muller

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da  
Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação  
Interdisciplinar em Ciências Humanas, Erechim,RS, 2023.

I. Muller, Paulo Ricardo, orient. II. Universidade  
Federal da Fronteira Sul. III. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**THAMYLLLE FRANCIELE DOS SANTOS FRANÇA**

**MINHA SAÚDE EM OUTRO PAÍS:**

VÍNCULOS, CUIDADOS E PERTENCIMENTOS DE IMIGRANTES EM ATENDIMENTO HOSPITALAR NO  
MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO

Dissertação apresentada para o Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Paulo Ricardo Muller – UFFS  
Orientador

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Denise Fagundes Jardim – UFRGS  
Avaliadora

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Paula Vanessa de Faria Lindo – UFFS  
Avaliadora

## AGRADECIMENTOS

Vivenciar o processo do mestrado, em suas múltiplas dimensões, não foi fácil. Suportar o cansaço, após longas horas de trabalho e debruçar-me sobre o computador para realizar a escrita desse texto, ou deslocar-me por cerca de uma hora para participar dos encontros presenciais, me custou muitas horas de descanso e de socialização junto daqueles que são importantes em minha vida.

Ao longo destes dois anos e seis meses deixei algumas pessoas para trás, as quais agradeço por terem me mostrado que a minha escolha, em ser a primeira mestre da família, valeria muito mais do que qualquer relação líquida que eu pudesse constituir em minha vida.

A minha família, mãe, avó, padrasto, irmão e irmãs, que sempre torceram pelas minhas conquistas e comemoraram comigo a vitória da aprovação no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul, meu muito obrigada. Peço desculpas pelas ausências, as quais se fizeram necessárias para que este trabalho fosse concluído e uma nova Thamylle pudesse existir.

Ao meu companheiro, Aluísio, agradeço por todo o apoio, disponibilidade, cuidado, compreensão e preocupação que teve comigo nos últimos oito meses, sendo meu principal incentivador e me mostrando que a vida é muito mais bonita se trilhada e partilhada com pessoas que nos impulsionam, nos cuidam e nos amparam nos momentos difíceis.

Ao meu orientador, Dr. Paulo Muller, agradeço pelo processo de ressignificação da pesquisa científica, o qual foi de extrema importância para que eu conseguisse trazer à tona a subjetividade existente no processo migratório de mulheres imigrantes que adentram aos serviços de alta complexidade em saúde.

Aos pacientes que aceitaram participar de minha pesquisa, meu muito obrigada. Em um momento tão vulnerável, como os que se apresentam no processo saúde-doença, vocês se disponibilizaram a partilhar parte de duas histórias de vida comigo. Relatos importantes e cheios de significado, que me deram forças para continuar até o término deste trabalho.

Que o pensara imigração na saúde se transforme. Que as mulheres imigrantes sejam vistas e percebidas pelos profissionais a partir de sua totalidade. Que os direitos dos que migram sejam garantidos.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 LEITURAS E CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>19</b>
2.1 Fluxos migratórios no Brasil contemporâneo .....	19
2.1.1 Processo migratório e seus enquadramentos de acordo com as ciências humanas e jurídicas.....	29
2.2 O trabalho enquanto categoria de análise no contexto migratório.....	40
2.2.1 Expulsões: a nova lógica de imigração na mundialização do capital.....	46
<b>2.3 MIGRAÇÃO E SAÚDE.....</b>	<b>51</b>
2.3.1 Mobilidade, cultura e saúde mental .....	63
2.4 Considerações metodológicas.....	72
<b>3 ESPAÇOS E HISTÓRIAS: O FÍSICO, O PSÍQUICO E O SOCIAL.....</b>	<b>76</b>
3.1 Percepções subjetivas acerca do processo de coleta de dados .....	76
3.2 Caracterizando os sujeitos de pesquisa.....	83
3.3 Os que ficaram para trás e os que agora fazem-se presentes.....	88
3.4 Deslocamentos, questões socioeconômicas, o acesso ao mercado de trabalho e a permanência no país hospedeiro.....	94
3.5 Transnacionalização da fé: a manutenção da religião e da religiosidade no país hospedeiro.....	99
3.6 A saúde do imigrante como um direito humano e um dever do estado .....	102
3.7 Acometimentos de saúde e processo gestacional: os motivadores de acesso a alta complexidade e o processo de significação.....	110
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>120</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTAS .....</b>	<b>138</b>

ninguém sai de casa a menos que a casa seja a boca de um tubarão você só corre para a fronteira quando vê a cidade inteira correndo também seus vizinhos correndo mais rápido que você respiração sangrenta na garganta o menino com quem você foi para a escola que te beijou tonto atrás da velha fábrica de latas está segurando uma arma maior que o corpo dele você só sai de casa quando a casa não deixa você ficar. ninguém sai de casa a menos que a casa te persiga fogo sob os pés sangue quente em sua barriga não é algo que você jamais pensou em fazer até que a lâmina queimou ameaças em seu pescoço e mesmo assim você carregou o hino em voz baixa apenas rasgando seu passaporte em um banheiro de aeroporto soluçando enquanto cada bocado de papel deixava claro que você não voltaria. você tem que entender, que ninguém coloca seus filhos em um barco a menos que a água seja mais segura do que a terra ninguém queima suas palmas debaixo de trens debaixo de vagões ninguém passa dias e noites no estômago de um caminhão alimentando-se de jornal a menos que as milhas percorridas signifiquem algo mais do que viagem. ninguém rasteja por baixo das cercas ninguém quer ser espancado ninguém escolhe campos de refugiados ou revistas onde seu corpo é deixado dolorido ou prisão, porque a prisão é mais segura do que uma cidade de fogo e um guarda prisional à noite é melhor que um caminhão carregado de homens que se parecem com seu pai, ninguém aguentaria, ninguém aguentaria, nenhuma pele seria dura o suficiente, vão para casa negros refugiados imigrantes sujos requerentes de asilo. ninguém sai de casa até que em casa é uma voz suada em seu ouvido dizendo- saia, fuja de mim agora, eu não sei o que me tornei mas sei que qualquer lugar é mais seguro do que aqui (SHIRE, 2016, n.p.).



## RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo interpretar de que forma os vínculos afetivos e o sentimento de pertencimento influenciam na saúde de imigrantes residentes no norte do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, norteada pela observação participante, a qual utiliza como aporte a análise de discurso e de conteúdo para interpretar as experiências compartilhadas pelas entrevistadas sobre o fenômeno saúde e imigração por meio do processo de categorização. Participaram da pesquisa 13 imigrantes na condição de pacientes, que acessaram os serviços de saúde através da atenção terciária e encontravam-se hospitalizadas/os no momento da abordagem aqui descrita. O estudo foi realizado no cenário hospitalar, em uma instituição de alta complexidade em saúde situada no município de Passo Fundo (RS). Com o desenvolvimento desta investigação, pretendeu-se levantar dados a fim de desmistificar os estigmas sociais construídos em torno desta população e dar visibilidade ao processo de ressignificação existente no processo migratório, bem como contribuir com a qualificação da práxis profissional na saúde, haja vista a necessidade de potencializar a educação permanente neste campo.

**Palavras-chave:** Migração internacional. Atenção à saúde. Pertencimento.

## ABSTRACT

This dissertation aims to interpret how affective bonds and the feeling of belonging influence the health of immigrants residing in the north of the State of Rio Grande do Sul. This is a qualitative research, guided by participant observation, which uses as a contribution to discourse and content analysis to interpret the experiences shared by the interviewees about the phenomenon of health and immigration through the categorization process. Thirteen immigrants participated in the research as patients, who accessed health services through tertiary care and were hospitalized at the time of the approach described here. The study was carried out in the hospital setting, in a highly complex healthcare institution located in the city of Passo Fundo (RS). With the development of this investigation, the aim was to collect data in order to demystify the social stigmas built around this population and give visibility to the process of resignification that exists in the migratory process, as well as contributing to the qualification of professional practice in health, with a view to need to enhance continuing education in this field.

**Keywords:** International migration. Health care. Belonging.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Número de registro de imigrantes por ano de entrada.....	21
Gráfico 1 - Motivos para não procurar atendimento médico em casos de suspeita de COVID-1961	
Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa .....	84
Tabela 2 - Comorbidades prévias e motivos clínicos atuais.....	110

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CADÚNICO	Cadastro Único
COVID	Coronavírus
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual
OBMIGRA	Observatório das Migrações Internacionais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization
DRC	Doença Renal Crônica

## 1. INTRODUÇÃO

O processo migratório, dotado de múltiplos sentidos e significados, desafia a prática profissional em saúde. Diante da vivência cotidiana como Assistente Social, atuando na alta complexidade em saúde no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, foi possível observar e intervir de forma direta nas demandas sociais e de saúde apresentadas por esses usuários, identificando as principais dificuldades no que tange à oferta de um atendimento humanizado e integral e verificando a reprodução constante do modelo biomédico, elementos que apontam a necessidade da qualificação do processo de trabalho no âmbito hospitalar.

O aporte teórico disponível sobre a interface entre os temas de imigração e saúde evidencia um processo constante de vulnerabilização desse público, bem como informações que mostram um certo despreparo das políticas públicas vigentes no Brasil, e de seus operacionalizadores, para assistir às demandas biopsicossociais de imigrantes.

Dentre as muitas concepções relacionadas com o deslocamento populacional, destaca-se o processo de globalização frequentemente apresentada pela perspectiva de avanços técnicos e científicos que teoricamente garantiriam melhores condições de vida e melhores expectativas em nível mundial. Todavia, sua definição coloca-se diante de um paradoxo no que tange aos deslocamentos populacionais e aos direitos humanos: de um lado tem-se o encurtamento das distâncias, de outro, o aumento da distância abissal entre os países do capitalismo central e os países do chamado terceiro mundo ou do sul global (URQUIZA; RIBEIRO, 2018).

De acordo com Bauman (2017), conforme a lógica de um mundo globalizado, todos os indivíduos encontram-se em constante movimento. Isto é, a concepção de um estado de repouso torna-se ineficaz perante as transformações políticas, econômicas e culturais que emergem e rompem com a ideia da imobilidade, culminando em efeitos radicalmente desiguais. Desse modo, assim como a globalização pode unir os povos, também os pode separar.

Outrossim, o aumento das mazelas sociais e da invisibilização dos sujeitos é concebido enquanto resultado de uma globalização hegemônica, a qual contribui com o contínuo enriquecimento dos mais ricos e com o empobrecimento daqueles que

vivenciam a pobreza em suas mais diversas faces. Assim, a globalização (ou as globalizações), enquanto feixe das relações sociais, acaba por provocar conflitos e, conseqüentemente, estabelecer um vencedor e um vencido, acentuando o cenário desigual pré-existente (SANTOS, 2005).

Em vista disso, nesse contexto de mudanças econômicas e sociais, assim como de expressivas desigualdades, as migrações se intensificam em diferentes escalas. No entanto, mesmo diante de um aumento expressivo no que se refere ao acesso às informações, e na perspectiva de um mundo sem fronteiras, o deslocamento populacional acaba por não se enquadrar nos moldes transformadores do mundo globalizado (MARTINE, 2005).

Nesse sentido, Martine (2005, p. 3) destaca que

nos dias de hoje, o horizonte do migrante não se restringe à cidade mais próxima, nem à capital do estado ou do país. Seu horizonte é o mundo - vislumbrado no cinema, na televisão, na comunicação entre parentes e amigos. O migrante vive em um mundo onde a globalização dispensa fronteiras, muda parâmetros diariamente, ostenta luxos, esbanja informações, estimula consumos, gera sonhos e, finalmente, cria expectativas de uma vida melhor.

Entretanto, conceitualmente carregada de uma ideologia impositiva, a globalização apresenta um caráter monocultural, corroborando a exclusão de povos, sociedades e culturas ao longo do seu processo de formação. Sob uma perspectiva perversa, o aumento do nacionalismo xenofóbico e o fortalecimento dos Estados-Nação apresentam-se enquanto uma característica paradoxal desse conceito, acarretando o impulsionamento do deslocamento populacional em função do ressurgimento dos movimentos anti-imigração (URQUIZA; RIBEIRO, 2018).

Em consonância, Pedroso e Costa (2018, p. 301) afirmam que o mundo globalizado atrelado a um sistema político neoliberal acaba por fomentar o processo de desigualdade entre as classes, denotando a dimensão política e social existente no processo da globalização e extrapolando a percepção econômica desse fenômeno. Assim, no tocante à mobilidade, apresentam a concepção de que a livre mobilidade de bens, a qual está implícita no discurso globalizante, acaba por não se relacionar à livre mobilidade dos diferentes cidadãos do mundo.

Quanto ao contexto das migrações internacionais, tem-se vivenciado um processo de intensificação em nível mundial, justificado pela literatura como decorrente do processo de globalização. Assim, há o aumento dos fluxos migratórios contemporâneos motivados por crises econômicas-financeiras, nos quais emergem um aumento significativo do número de imigrantes e solicitantes de refúgio no mundo todo. Tal movimento, atrelado ao contexto de globalização, acaba por alimentar ainda mais um generalizado clima de suspeita em relação a qualquer imigrante, inclusive entre aqueles que fogem de guerras, de redes de tráfico de pessoas e de violações generalizadas de direitos humanos (PEDROSO; COSTA, 2018, p. 302).

Posto isso, concebe-se a complexidade existente no contexto supracitado. Historicamente, a migração é perpassada pelas entrelinhas da estigmatização social, ratificando a racialização e a discriminação. Ademais, os imigrantes detêm especificidades que tendem a ser desprezadas ante a construção de uma certa amnésia social compulsória, pois ao adentrarem as fronteiras brasileiras deparam-se imediatamente com um imperativo de adaptação subjetiva aos contextos locais por onde passam. Ainda assim, identificam no ato de migrar uma possibilidade de minimização das mazelas sociais vivenciadas no país de origem.

Segundo Ibiapina (2019), esse ato pode ser algo extremamente arriscado, incerto e carregado de privações, bem como um cenário marcado pela escassez de recursos e pela invisibilização de trajetórias, de histórias e de vidas. Novas culturas, novos costumes e novas regras impregnam o ser dos tantos sujeitos que recorrem à migração, compreendida como uma alternativa eficaz na busca por melhores condições de vida, seja para si ou para outros.

É nesse contexto que a literatura aponta o quanto o sentimento de pertencimento desses sujeitos pode ser afetado, haja vista “as dificuldades comunicacionais, linguísticas e de adaptação no país de acolhimento, o confronto com o preconceito, o estereótipo e a discriminação” (GRANADA *et al.*, 2017, p. 290). Compor a sociedade no país hospedeiro pode passar pela linha tênue entre a invisibilização de suas próprias histórias e a resiliência diante de novas dificuldades, consolidando a necessidade de uma percepção crítica, abrangente e interdisciplinar da realidade socioeconômica e de saúde que vivenciam.

Destaca-se que tal cenário passa a se fortalecer a partir de um Estado neoliberal, por vezes repressivo e discriminatório, que patologiza as expressões da questão social, inviabiliza o acesso aos mínimos sociais (saneamento básico, renda, alimentação, educação, dentre outros) e contribui com a expansão das mazelas sociais (pobreza, extrema pobreza, saúde precária etc.).

No que diz respeito ao campo da saúde, algumas abordagens teóricas ainda passam por uma ideia de aculturação, compreendendo-a enquanto motivadora do crescimento desenfreado de violações e acentuadora da ideia de homogeneização do público imigrante, evidenciando uma práxis profissional estigmatizante (LUSSI, 2015).

Destaca-se que, frente as expressões da questão social mapeadas e identificadas pelas literaturas vigentes e relacionadas ao deslocamento populacional, concebe-se que as experiências migratórias acabam por constituírem-se a partir de significados e elementos subjetivos, os quais vão assumindo diferentes sentidos ante a vivência cotidiana e sendo afetados pelas instituições, culminando, por vezes, na marginalização social e no aumento dos índices de sofrimento individual.

É nesse momento que podem emergir as vivências traumáticas e estressoras que impactam as subjetividades dos indivíduos e concretizam o aumento dos casos de adoecimento por diversas patologias. A existência do imigrante atrelada ao sofrimento pode tornar-se, dentro do campo da saúde, seja coletiva ou mental, uma problemática complexa devido à reprodução do modelo biomédico e à crescente necessidade de medicalização do ser. Do mesmo modo, tem-se o processo de patologização da experiência de migrar, o qual acaba por reduzir o sujeito a condição de doente, o que, segundo Knobloch (2015, p. 171), o leva a um único lugar: “o de alguém muito vulnerável que irá desenvolver problemas psicológicos que deverão ser medicalizados”.

No Brasil, com base nos dados do Relatório Anual (2020) do Portal de Imigração, entre os anos de 2011 e 2019, foram registrados no Brasil 1.085.673 imigrantes. Paralelamente, segundo o Observatório das Migrações Internacionais, o Haiti e a Venezuela respondem a quase 70% desses registros (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020).

O cenário apresentado pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2021) indica um total de 29.357 imigrantes, dos quais 19.007 estão



inseridos no Cadastro Único (CadÚnico), realidade que aponta a tentativa por parte dessa população de acesso a programas sociais brasileiros, bem como destaca um número significativo de sujeitos que se encontram em situação de pobreza, extrema pobreza e miséria.

Diante disso, observa-se a relevância da construção de reflexões críticas no que se refere às realidades vivenciadas pela população imigrante, tanto no campo social quanto na área da saúde. Outrossim, em face da inexistência de políticas públicas para imigrantes que englobam a realidade supracitada e a inexistência de capacitação profissional para abarcar as demandas existentes neste cenário, se estabelece a justificativa social do presente trabalho.

A partir da análise dos dados disponibilizados pela literatura focada na relação entre imigração e saúde, a investigação aqui descrita também é academicamente relevante na medida em que explora e amplia a reflexão em torno da seguinte questão: como as questões relacionadas ao pertencimento influenciam na saúde de imigrantes residentes no Sul do Brasil?

Estruturalmente, o presente trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos, dos quais buscou-se abordar discussões teóricas e vivências concretas das participantes da pesquisa.

O capítulo 2 apresenta o adensamento teórico inicial em torno da problemática aqui destacada e os caminhos metodológicos percorridos apontando os elementos utilizados para a seleção de participantes e as técnicas desempenhadas ao longo da coleta e análise dos dados, subdividindo-se da seguinte forma: *Fluxos migratórios no Brasil contemporâneo; Processo migratório e suas definições; O trabalho enquanto categoria de análise no contexto migratório; Expulsões: a nova lógica de imigração na mundialização do capital; Identidade e pertencimento no contexto migratório; Migração e saúde; Mobilidade, cultura e saúde mental e Considerações metodológicas.*

Posteriormente, no capítulo 3, será apresentada a análise dos dados, com base nas entrevistadas realizadas, as quais acabaram por designar a este trabalho uma nova concepção de ver e sentir o processo migratório, principalmente no tocante à discussão de gênero. Esse capítulo está subdividido da seguinte forma: *Percepções subjetivas acerca do processo de coleta de dados; Caracterizando os sujeitos de*

*pesquisa*, no qual busca-se detalhar a vivência da pesquisadora do processo de coleta de dados; *Os que ficaram para trás e os que agora fazem-se presentes*, que trata do relato predominante acerca dos familiares e amigos que ficaram no país de origem, assim como do modo com que estas relações continuam a se estabelecer; *Deslocamentos, questões socioeconômicas, o acesso ao mercado de trabalho e a permanência no país hospedeiro*, abarcando os elementos constituintes do processo de deslocamento diante das realidades relatadas pelas interlocutoras; *Transnacionalização da fé: a manutenção da religião e da religiosidade no país hospedeiro*, percebendo a religião e a religiosidade enquanto um elemento relevante na vida e na rotina dos que migram; *A saúde como um direito humano e um dever do Estado na diáspora brasileira*, que aborda a forma como as entrevistadas percebem e acessam os serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, e *Acometimentos de saúde e processo gestacional: os motivadores de acesso a alta complexidade e processo de significação*, no qual destaca-se a predominância da gestação enquanto fator motivador de hospitalização e de seus significados para as interlocutoras da pesquisa, .

O presente trabalho se apresenta como uma possibilidade de se pensar os sujeitos das migrações internacionais, no campo das ciências humanas e das ciências da saúde, a partir de suas experiências e transformações subjetivas, em oposição a patologização constante de seus corpos.

## 2. LEITURAS E CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Diante da aproximação com a temática da imigração ao longo do cotidiano profissional no campo da saúde, buscou-se incorporar leituras que abarcam a relação entre os conceitos de imigração e saúde, com o fim de compreender a forma como as ciências humanas e as ciências da saúde vêm articulando tais discussões.

### 2.1 Fluxos migratórios no Brasil contemporâneo

A história das migrações internacionais no Brasil, de acordo com Bassanezi (1995), constitui-se com a chegada de portugueses no país, em decorrência do processo de colonização, visando a apropriação militar e econômica da terra. Posteriormente, nas primeiras décadas do século XIX, tal contexto passa a diversificar-se mediante a entrada de sujeitos oriundos dos mais variados países da Europa, por exemplo, Itália e Alemanha, dando concretude a um cenário migratório permeado pela lógica da branquitude (BASSANEZI, 1995).

As decisões acerca da imigração estrangeira no Brasil relacionavam-se com a demanda de mão de obra livre assalariada, percebendo o deslocamento oriental, por exemplo, enquanto um estado provisório a fim de suprir as necessidades da grande lavoura de exportação. Assim, “fazendeiros e governo identificavam-se num mesmo interesse: braços para lavoura, quer dizer, para o café” (BASSANEZI, 1995, p. 5).

Nesse caso, a realidade dos imigrantes passava pelas más condições de habitação e alimentação, assim como pelas diferenças étnico-culturais, fatos que, segundo a literatura, acabavam por contribuir para o abandono das fazendas e, concomitantemente, dos postos de trabalho. Todavia, tais elementos devem ser considerados diante de uma perspectiva ampla, a fim de que sejam observadas as demais características presentes no contexto supracitado, conforme destaca Bassanezi (1995, p. 16):

É possível falar de imigração, no singular, se levarmos em conta que as motivações gerais – para a saída e o recebimento de imigrantes – foram semelhantes e fizeram parte de uma mesma estrutura de desenvolvimento econômico global e de transformações de caráter demográfico semelhantes. Contudo, as especificidades não só da imigração no pré e no pós-Segunda Guerra Mundial, mas aquelas de cada corrente imigratória europeia ou

asiática nos levam a tratar das emigrações/imigrações no plural. A história dos grupos, o volume, o espaço de tempo abrangido, a estratégia migratória adotada, o local de estico etc., não foram os mesmos para os diferentes segmentos migrantes que se dirigiram às terras brasileiras.

Isso posto, a autora discorre acerca de especificidades relevantes no que se refere aos imigrantes estrangeiros no país, principalmente à bagagem sociocultural que trazem consigo, elencando-a enquanto fator importante no processo de fixação e adaptação dos imigrantes no Brasil:

Os vários componentes desta bagagem dificultaram, retardaram ou facilitaram o processo de adaptação dos imigrantes. Por exemplo, a organização do trabalho em bases familiares na sociedade camponesa europeia – bastante semelhante ao sistema de colonato instituído na lavoura cafeeira paulista – facilitou o desempenho dos trabalhadores no café; a língua favoreceu os espanhóis e prejudicou japoneses e alemães; a identidade religiosa beneficiou os católicos em detrimento dos outros grupos; o auto índice de alfabetização entre os japoneses proporcionou um intercâmbio maior de informações através dos jornais, correspondência etc., no seu interior; entre os espanhóis, o alto grau de analfabetismo dificultou a preservação da memória escrita (BASSANEZI, 1995, p. 34).

É relevante compreender tal fenômeno a partir de uma análise da conjuntura global, que abrange acontecimentos históricos que justificam e/ou exemplificam a complexidade que permeia o processo de migração latino-americano atual. Uma das perspectivas que englobam a intensificação dos fluxos migratórios no país decorre dos efeitos recentes da crise econômica internacional, ocorrida em 2007, a qual afetou os Estados Unidos, a Europa e o Japão, corroborando o aumento das taxas de desemprego e introduzindo “uma maior complexidade nos eixos de deslocamento das migrações sul-americanas, especialmente no Brasil” (BÓGUS; FABIANO, 2015, p. 130).

Por conseguinte, o processo de desenvolvimento econômico, social e geopolítico, bem como a construção de uma percepção do Brasil como uma potência no que se refere aos países emergentes (BRICS<sup>1</sup>), contribuiu para consolidação das imigrações internacionais provenientes do Sul Global (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020).

---

<sup>1</sup> “Acrônimo utilizado para designar os países Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul que, desde 2009, organizam reuniões de cúpulas com o objetivo de estreitar a cooperação internacional e financeira entre estes países” (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020).

Tornando-se referência quanto à entrada de imigrantes senegaleses, bengalis, haitianos, guineeses, entre outras nacionalidades, ao longo dos anos 2010-2015, o Brasil converteu-se em país de destino ou trânsito no contexto das migrações Sul-Sul (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020). Já nos últimos anos, pode-se destacar o aumento significativo de migrações latino-americanas no país, dentre as quais as nacionalidades venezuelana e haitiana acabam por sobressair-se, conforme destacado na Figura 1:

Figura 1 - Número de registro de imigrantes por ano de entrada

Pais de Nascimento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	17188	25950	34409	64061	75412	73328	70363	74552	108049	117037
Argentina	1222	1467	1910	2.615	3.680	3.560	3.766	3.318	1.885	981
Bolívia	4.493	6.645	6.227	7.156	4.955	5.223	4.925	5.739	7.741	4.661
China	523	794	1.642	3.906	4.382	5.379	6.028	5.405	2.015	1.318
Colômbia	1.142	1.286	1.815	2.252	2.779	2.718	2.464	4.631	8.050	5.419
Haiti	483	797	1.940	2.473	3.312	4.248	2.779	5.528	16.943	15.679
Paraguai	326	2.683	4.419	14.493	20.032	19.677	20.988	10.788	1.881	2.029
Peru	969	1.785	1.859	2.590	3.013	2.916	2.332	2.556	2.415	1.817
Senegal	27	63	232	1.193	1.930	2.819	317	607	351	291
Uruguai	530	616	725	1.043	1.302	1.703	1.759	2.034	4.346	3.109
Venezuela	197	220	263	383	701	1.297	3.943	15.326	49.267	70.653
Outros Países	7.276	9.594	13.377	25.957	29.326	23.788	21.062	18.620	13.155	11.080

Fonte: Cavalcanti, Oliveira e Macedo (2020).

Logo, cabe identificar os elementos que compõem a historicidade da mobilidade das pessoas que se tornaram interlocutoras desta pesquisa. Assim, para que se possa compreender a crescente entrada destes sujeitos em território brasileiro, faz-se necessária uma análise dos cenários políticos e sociais vivenciados nestes países.

Aponta-se que a escolha pela descrição de determinados panoramas dá-se em decorrência dos dados destacados, assim como pelo fato de que as interlocutoras dessa pesquisa, em sua maioria, deslocaram-se do Haiti e da Venezuela trazendo à tona a relevância de se compreender os fatores atrelados ao deslocamento populacional oriundo dos respectivos países, haja vista tais fenômenos apresentarem extrema significância nos fluxos migratórios contemporâneos.

Ao retratar de forma breve a realidade vivenciada no Haiti, Matos *et al.* (2021, p. 117) referem que:

Com 10.255 habitantes, dos quais 40% em estado de subnutrição, 34% analfabetos, 61% vivendo com menos de 1 US\$ (um dólar) por dia e somente 17% da população acessa a saneamento básico, o Haiti apresenta um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e é um dos países mais pobres do mundo.

Assim, os autores destacam que as motivações que impulsionam o deslocamento haitiano perpassam tanto questões objetivas, como condições e modos de vida, quanto subjetivas, atreladas ao ideário de uma vida melhor no país hospedeiro. Ademais, economicamente, o Haiti depende das “remessas financeiras que são enviadas mensalmente, como ressarcimento, aos familiares e ou amigos que financiaram a viagem” (MATOS *et al.*, 2021, p. 121), fato que contribui com a manutenção econômica do núcleo familiar.

Ao voltarmos o olhar à historicidade que permeia o deslocamento populacional haitiano, Audebert (2012) destaca que o regime ditatorial edificado por Duvalier, vivenciado entre os anos de 1950 e 1986, resultou em um regime de perseguição política, acarretando o êxodo da população haitiana e atingindo indivíduos de distintas classes econômicas e sociais. Como resultado, houve o alargamento dos fluxos migratórios haitianos. De acordo com o autor, cerca de 50 mil indivíduos deslocaram-se para os Estados Unidos da América.

Mesmo diante do fim da dinastia duvalierista, o Haiti passou a experienciar novas migrações, as quais foram impulsionadas por questões como insegurança social, pública e ambiental, contribuindo, assim, para que a migração se tornasse um fenômeno estrutural na sociedade haitiana (AUDEBERT, 2012).

Ao longo dos anos, uma sucessão de desastres ambientais atingiu o país, contribuindo com o aumento da vulnerabilidade existente. Ainda, a ausência do Estado no que se refere à garantia de direitos e à manutenção da ordem social entrelaçou-se à precarização da vida da população haitiana. Portanto,

sair desse ambiente problemático tornou-se a única alternativa possível para um quarto da população da capital martirizada. 50.000 migrantes foram para Saint-Marc, 63.000 para o Sul, 21.000 para Grande Anse, 160.000 para a fronteira haitiana-dominicana e outros 300.000 para várias regiões,

redefinindo a geografia da população de forma inédita do país (AUDEBERT, 2012, p. 35).

Nesse sentido, Handerson (2017, p. 11) aponta quatro grandes fluxos migratórios haitianos, sendo o último deles decorrente do terremoto que atingiu o país em 2010, implicando em insegurança “pública, política, socioeconômica, alimentícia, educacional, incluindo a área da saúde e do saneamento básico, todas elas em decorrência do quadro empobrecido e precário”. Por isso, centenas de pessoas de nacionalidade haitiana chegaram ao Brasil em janeiro de 2010, através da fronteira Brasil-Colômbia-Peru e, posteriormente, através da fronteira Brasil-Bolívia-Peru (HANDERSON, 2017, p. 12).

Ainda, a intensificação desses deslocamentos, os quais possuem como destino o Brasil, dá-se, de acordo com Rosa, Mejía e Périco (2021, p. 286), “em parte, pela abertura de fronteiras brasileiras em 2010, em contraposição ao fechamento de fronteiras nos países europeus e nos Estados Unidos”, bem como pela imagem “do Brasil como país acolhedor, rico em oportunidades, num contexto histórico em que é selecionado para sediar a Copa do Mundo de 2014 e as Olimpíadas de 2016”, transcendendo a imagem de um país economicamente estável e garantidor de novas e melhores formas de se viver.

Além disso, Handerson (2017, p. 13) enfatiza que, mesmo diante de uma catástrofe natural, que pode ter contribuído com o aumento dos índices de deslocamento, a mobilidade humana é um fenômeno histórico e estrutural, sendo um elemento que compõe o mundo social haitiano. A partir disso, o autor comenta sobre a existência de inúmeros fatores mobilizantes, os quais impulsionam o deslocamento populacional, ultrapassando a concepção econômica do fenômeno migratório e compreendendo os demais marcadores sociais que o compõem.

Também, Handerson (2017) aponta alguns dos mecanismos que podem ter favorecido o deslocamento haitiano, como o Brasil enquanto porta de entrada para se chegar à Guiana Francesa, a posição pública e internacional de abertura e hospitalidade do país em relação aos haitianos e a falsa informação de que no país o migrante ganharia moradia e alimentação gratuita (HANDERSON, 2017, p. 14).

Em consonância, destaca-se uma singularidade existente na migração haitiana no Brasil, referente à chegada desses imigrantes em inúmeros estados em um curto

período. Isso porque, em 2016, já se encontravam em 15 estados dos 26 existentes, além do Distrito Federal. Enquanto justificativa para tal, Handerson (2017) identifica as redes de trabalho e os contratos empresariais, fatores que impulsionariam o deslocamento dos sujeitos.

No que se refere ao Rio Grande do Sul, até o ano de 2014 o estado contava com cerca de 2.503 imigrantes de origem haitiana. Vale destacar que, em uma primeira geração, após a crise humanitária de 2010, esses imigrantes, em sua maioria homens solteiros e pais de família desacompanhados, adentraram o estado sem maiores intenções, buscando apenas melhores condições de vida e a inserção no mercado laboral. Tal cenário se alterou com a chegada da segunda geração, em meados de 2013, momento em que mulheres, pessoas idosas e famílias completas buscaram no estado – ou na região Sul do país – possibilidades de construção de um projeto de vida, posto que já possuíam uma rede de apoio fortalecida em decorrência das emigrações de primeira geração (UEBEL; RÜCKERT, 2017).

Com relação às localidades nas quais estes imigrantes se encontram,

infere-se uma distribuição essencialmente à parte Norte do estado do Rio Grande do Sul por parte dos imigrantes haitianos, coincidente com os municípios que apresentaram nas últimas décadas melhores condições de habitação coadunadas com mercado de trabalho em crescimento e prosperidade econômica, ao passo em que a região sul se torna menos atrativa inclusive para os habitantes locais (UEBEL; RÜCKERT, 2017, p. 102).

Posto isso, o referido estudo destaca que a permanência desses sujeitos se encontra majoritariamente em municípios como Bento Gonçalves, Caxias do Sul e Porto Alegre.

No município de Passo Fundo se evidenciou um menor número de imigrantes haitianos, cerca de 8% do total, os quais compõem a segunda geração migratória, justificado pela chegada prévia de imigrantes senegaleses, fato que pode ter contribuído com a inserção e integração dos deslocados haitianos.

Destaca-se ainda a fragilidade de dados municipais precisos no que tange a realidade migratória haitiana experienciada em Passo Fundo, principalmente no que concerne o acesso aos serviços de saúde e assistência social, sendo tal cenário



reforçado por Tedesco (2018), o qual aponta para a inexistência de uma agência específica que realize tal levantamento.

Diferentemente da migração Haitiana a migração Venezuelana mostra-se evidente nos dados municipais. De acordo com o Balcão do Imigrante e Refugiado da Universidade de Passo Fundo, comparado aos anos de 2021 e 2022, em 2023 o município contou com um aumento de 820% na oferta de atendimento a imigrantes oriundos da Venezuela, destacando que cerca de 63% dos imigrantes atendidos pelos serviços em 2022 eram venezuelanos.

Assim, ressalta-se o êxodo massivo de venezuelanos para o Brasil na última década. De acordo com Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF, 2019), entre 2015 e maio de 2019, o país registrou mais de 178 mil solicitações de refúgio de cidadãos venezuelanos, que, em decorrência do agravamento da crise política, econômica e social vivenciada no país de origem, acabam por buscar no país hospedeiro novas formas de sobrevivência.

Cabe dizer que problemas como o desabastecimento de alimentos, itens de higiene pessoal e medicamentos, bem como a desestabilização do fornecimento de serviços básicos apresentam-se como motivação a um grande contingente de venezuelanos em busca de refúgio em países vizinhos (DEL VECCHIO; ALMEIDA, 2018, p. 158).

De acordo com Silva (2020, p. 121), o agravamento dessa crise humanitária<sup>2</sup> configura-se como um evento importante no que tange à modificação do cenário migratório brasileiro. O aumento e a permanência de venezuelanos em situação de extrema vulnerabilidade apontam à perda da proteção estatal no país de origem, corroborando a busca pela prestação de serviços públicos de saúde e de educação no Brasil.

É importante dizer que a mobilidade venezuelana ocorreu em três fases: em um primeiro momento, deslocaram-se aqueles detentores de um maior poder

---

<sup>2</sup> De acordo com a Lei n. 13.684, de 21 de junho de 2018, entende-se por crise humanitária: situação de grave ou iminente instabilidade institucional, de conflito armado, de calamidade de grande proporção, de desastre ambiental ou de grave e generalizada violação de direitos humanos ou de direito internacional humanitário que cause fluxo migratório desordenado em direção a região do território nacional (BRASIL, 2018).

aquisitivo; seguidos dos trabalhadores e trabalhadoras liberais e comerciantes; e, posteriormente, dos sujeitos desafortunados (SILVA; SOUSA, 2018, p. 106).

Em busca de novas formas de sobrevivência, a chegada dessa população ao Brasil se dá, majoritariamente, por via terrestre, quando cruzam a fronteira do país e chegam a Pacaraima ou a Boa Vista, municípios fronteiriços em que se observa a sobrecarga dos serviços públicos e a vulnerabilização da população local diante do grande fluxo migratório (DEL VECCHIO; ALMEIDA, 2018, p. 162).

À vista disso, a interiorização dos imigrantes é uma alternativa governamental no que tange à descentralização das demandas para áreas com mais estrutura, todavia, denota alguns desafios com relação aos locais de acolhida e a inserção social e laboral dos indivíduos (DEL VECCHIO; ALMEIDA, 2018, p. 163).

Ressalta-se que tal medida se encontra prevista na Lei n. 13.684 (BRASIL, 2018), a qual dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária; e dá outras providências. Todavia, esta legislação, em seu texto inicial acabava por estipular um número máximo de imigrantes por Estado e/ou município, tendo sido vetado tal artigo logo após, em decorrência da violação do direito a locomoção.

Através dessa operação, Jarochinski Silva e Baeninger (2021) apontam para o processo de securitização da mobilidade humana, a qual, no contexto da interiorização, busca respostas militarizadas que se justificam pela ausência de condições adequadas nas regiões, enfraquecendo eventuais avanços legais obtidos no decorrer dos anos e, conseqüentemente, não constituindo uma dinâmica de inserção dos migrantes e refugiados.

Dentre as demais perspectivas problematizadoras para tal operação, Silva (2020, p. 141) destaca a institucionalização sob uma perspectiva de segurança nacional, a administração militarizada de abrigos e o caráter emergencial e provisório das construções da operação que não resultará em benefícios estruturais permanentes para os municípios de Pacaraima e de Boa Vista.

Não obstante, destaca-se que a interiorização por vezes se apresenta como a única opção para os venezuelanos, denotando a carência de respostas complexas e integradas com a finalidade de atender esse fluxo migratório (SILVA, 2020, p. 140).

Ademais, ressalta-se a existência de características gerais e abrangentes que conferem vinculação dessa mobilidade com outras realizadas dentro do Sul Global. Conforme exposto previamente, os movimentos Sul-Sul se fazem presentes ante a perspectiva da migração internacional, na qual persiste a retórica dos países do Norte Global que visam impedir a chegada desses sujeitos por meio da implementação de políticas anti-migratórias (JAROCHINSKI SILVA; BAENINGER, 2021, p. 130).

Nesse sentido,

a lógica Sul-Sul não é apenas uma questão geográfica de localidade de origem e destino, mas também o da possibilidade do destino, que só é possível no Sul global para a maioria desses venezuelanos e de outros movimentos semelhantes que ocorrem por esse Sul (JAROCHINSKI SILVA; BAENINGER, 2021, p. 131).

De acordo com os autores, tal interpretação passa a ampliar as análises acerca do fenômeno migratório em termos de tensões e conflitos, e retrata a posição do Brasil como país-tampão no Sul Global (JAROCHINSKI SILVA; BAENINGER, 2021, p. 137).

Cavalcanti, Oliveira e Silva (2021) destacam que a população haitiana, juntamente da venezuelana, apresenta-se enquanto responsável pela consolidação da imigração latino-americana e caribenha no Brasil. Ainda, referem que outros nichos foram impactados no que se refere a essas transformações, como o laboral, a composição racial da população e a distribuição espacial da força de trabalho imigrante.

Enquanto exemplo dessa realidade, citam que, em 2011, ambas nacionalidades representavam menos de 2% de todos os imigrantes inseridos no mercado de trabalho formal, porém, em 2020, estes apresentam-se como responsáveis por mais da metade de todos os trabalhadores imigrantes neste mesmo mercado de trabalho. Também, referem que dentre as principais nacionalidades latino-americanas, em 2019, no que corresponde à emissão de carteiras de trabalho, 23,9% correspondiam a haitianos e 65,2% a venezuelanos (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2021).

Diante da transformação do perfil dos imigrantes no Brasil ao longo da última década, cabe destacar que algumas concepções em torno da mobilidade humana podem ser submetidas a um reducionismo no tocante às motivações do deslocamento humano. Assim, mesmo frente aos dados apresentados, faz-se necessário pensarmos

o ato de migrar para além do cenário de empregabilidade, o concebendo também enquanto parte de projetos de vida, não estando condicionado a motivadores externos.

Ainda, os eixos de desigualdades também se apresentam entre os imigrantes. De acordo com a literatura, as mulheres imigrantes do Sul Global recebem, em média, menos da metade dos rendimentos das mulheres oriundas do Norte Global, bem como os migrantes brancos, em sua maioria europeus, detêm rendimentos muito superiores aos negros, os quais recebem, no máximo, de um a dois salários (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2021).

Outro aspecto relevante que contempla a população haitiana e venezuelana diz respeito à feminização do processo migratório. Cavalcanti, Oliveira e Silva (2021) destacam que o Brasil entrou no rol de países em que há um processo de feminização das migrações, no qual as mulheres haitianas e venezuelanas apresentam-se enquanto protagonistas.

Todavia, mesmo com o aumento dos números da inserção das mulheres em atividades laborais, este mesmo público ocupa espaços de trabalhos insalubres, vivenciando longas jornadas de trabalho e sendo altamente explorado (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2021).

Tal realidade coloca-se diante do contexto vivenciado pelas interlocutoras, no qual as que se encontram inseridas no mercado de trabalho acabam por desempenhar funções alienantes e receberem baixos salários. Ainda, para além do desempenho de suas atividades laborais, exercem “dedicação às tarefas de cuidado não remuneradas que culturalmente lhe são outorgadas de forma quase exclusiva, tarefas pouco compartilhadas com outros integrantes homens da família.” (DUTRA, BRASIL, 2017, p. 125).

Portanto, as migrações contemporâneas no país apresentam-se diante de um contexto complexo e incerto, demandando de políticas e ações migratórias contemplativas, pautadas sob uma lógica não securitária, mas sim ante a perspectiva dos direitos humanos (JAROCHINSKI SILVA; BAENINGER, 2021, p. 137).

Diante do exposto, o subcapítulo que se apresenta a seguir discorre acerca da relevância de um olhar ampliado para a forma com que as ciências humanas tem

percebido o contexto migratório, por vezes, o categorizando a partir de determinados conceitos e nomenclaturas.

### 2.1.1 Processo migratório e seus enquadramentos de acordo com as ciências humanas e jurídicas

O processo migratório constitui-se por distintas categorizações, fato que acaba corroborando abordagens incipientes e/ou equivocadas acerca desse fenômeno. Por isso, pretende-se retratar a forma com que determinadas abordagens teóricas categorizam o processo migratório através de determinadas tipologias, bem como apresentar as definições conceituais e legais utilizadas em torno de suas motivações.

Cabe destacar que o fenômeno migratório e sua complexidade requer uma maior atenção no que tange à tentativa de categorização, principalmente no âmbito acadêmico e no cotidiano de profissionais que atuam com esse público, todavia, no campo das ciências jurídicas, o uso de nomenclaturas para suas definições acaba por se colocar enquanto fundamental para que o acesso a determinados serviços e políticas se concretize, fato que nos leva a analisar e refletir acerca de algumas delas. Neste cenário, Jardim (2013) aponta para a relevância de compreendermos o arcabouço legislativo disponível para além de seu texto e identificarmos os modos como este interpela os sujeitos, destacando que as soluções para as problemáticas emergentes não se esgotam em uma “boa legislação”.

Neste cenário, Sayad (1998) discorre acerca da construção da ideia de sujeitos não-nacionais que perpassa a imigração, destacando o binarismo jurídico existente no tocante desta temática, o qual passa a considerar os indivíduos somente a partir de suas nacionalidades, compreendendo o sujeito imigrante enquanto estrangeiro, em que destaca que

Todos os “imigrantes” não são necessariamente (ou já não são necessariamente) estrangeiros (nacionalmente falando); da mesma forma, somos inclinados a afirmar que todos os estrangeiros não são ou não serão sempre imigrantes (socialmente falando). Sayad (1998, p.267)

Assim, é imperativo ter um olhar atento para a ideia de ilegalidade que percorre o deslocamento populacional. De acordo com Pereira (2019), o ato de migrar, a partir

do panorama dos Direitos Humanos, encontra-se interceptado enquanto um dever do país, e não mais como um elemento discricionário adstrito à sua soberania, ou seja, há total legalidade no processo de migração.

Dessa forma, torna-se fundamental construir um novo paradigma acerca dessa perspectiva, haja vista que a utilização do termo ilegal, dentro desse contexto, diz muito mais sobre as legislações estatais não conceberem o direito de migrar como um direito humano, do que sobre a população migrante.

Ainda, os discursos punitivos envolvidos nessas concepções e a construção de uma noção de crise de Estado, a qual se materializa, por exemplo, através do fechamento de fronteiras e de múltiplas intervenções díspares para com os imigrantes, acabam por fomentar a ideia de regularização e contenção dos corpos considerados indesejáveis, dando concretude à produção de vidas marginais (DOMENECH, 2015).

Outrossim, Redin (2010) volta sua análise para os demais fatores prejudiciais que se encontram atrelados à lógica de ilegalidade, posto que ao ser concebido enquanto imigrante ilegal, o indivíduo acaba por enquadrar-se em uma perspectiva penal e criminalizante, a qual desconsidera a viabilização e efetivação do direito de migrar como direito humano, e atribui ao indivíduo a condição de clandestinidade.

Dito isso, o histórico de classificação do processo migratório percorre as entrelinhas da estigmatização, tratando suas motivações de forma unificada e desconsiderando suas especificidades, assim como a relação entre imigrante e Estado. Anselmo (2021, p. 134) aborda a existência de uma análise dicotômica clássica acerca dessa classificação, que percebe o deslocamento populacional a partir de determinados fragmentos, levantando a problemática no que se refere ao processo de categorização binária de contextos complexos e mutáveis.

É através das óticas da migração voluntária e da migração forçada que se pode perceber a atribuição de significados homogêneos e insuficientes ao fenômeno supracitado. O autor discorre acerca destes significados:

[...] a primeira seria fortemente marcada por “fatores econômicos”, dispondo o migrante de liberdade de escolha, dado que se movimenta para melhorar suas condições de vida e as de sua família. Já a segunda seria marcada pela ausência de liberdade de escolha, tendo como paradigma a figura do refugiado que deixa tudo para trás, pois necessita salvaguardar, sobretudo, sua integridade física (ANSELMO, 2021, p. 134).

A partir das novas transformações sociais, tem-se o surgimento de diferentes formas de expulsão e perseguição ao redor do mundo, fato que corrobora a constituição de novos elementos, realidades e significados na vida dos sujeitos, demonstrando a impossibilidade de um enquadramento conceitual acerca das nuances migratórias (ZETTER, 2007), visto que se torna difícil “separar coerção de liberdade” (ANSELMO, 2021, p. 137).

Nesse sentido, Pereira (2019, p. 30) complementa a definição conceitual em torno da migração voluntária, a qual “envolve fatores dos mais diversos e está mais diretamente implicada, via de regra, a circunstâncias de lazer, profissionais, relacionamentos afetivos e estudos”. Ainda, analisa de forma crítica o modo com que países hegemônicos represam migrantes oriundos de países periféricos, fomentando a discussão acerca da relativização do caráter voluntário, o qual tende a variar de acordo com a política migratória adotada.

Por conseguinte, ao conceituar a migração forçada, discorre sobre elementos e circunstâncias que compõem esse deslocamento, estabelecendo definições como *migrantes econômicos, migrantes ambientais ou ecomigrantes, apátridas, asilados políticos, e pessoas em situação de refúgio (refugiados, solicitantes de refúgio e deslocados internos)*,

Em consonância, cabe analisar, de forma breve, cada uma das categorias supracitadas, visando uma compreensão real acerca dos sentidos atribuídos a estas e a identificação da forma de análise e pesquisa que vem se colocando no campo das ciências humanas.

Quanto à migração econômica, Pereira (2019) comenta acerca das crises econômicas emergentes nos países de origem, as quais acabam por influenciar o não acesso a empregos formais, com remunerações dignas, levando os sujeitos a deslocarem-se em busca de melhores condições de vida. Como exemplo, cita o caso dos “mexicanos que procuram empregos nos Estados Unidos, dos sul-americanos, africanos e árabes que migram para a Europa, dos bolivianos que tentam uma vida economicamente melhor no Brasil, dentre inúmeros outros” (PEREIRA, 2019, p. 32).

Ao abordar a migração ambiental, o autor também utiliza o termo ecomigrantes, ressaltando a não utilização de nomenclaturas como refugiados ambientais, visto que “tal condição não encontra abrigo nos tratados internacionais para refugiados”

(PEREIRA, 2019, p. 34-38). Aliás, as discussões teóricas em torno desta categoria perpassam pelo seu aumento significativo. De acordo com o Instituto Ethos (2021, n.p.), “mais de 30,7 milhões de novos deslocamentos foram registrados em 2020 devido a desastres relacionados ao clima”, sendo que “os desastres ambientais já provocaram três vezes mais deslocamentos do que conflitos e violência”.

Nesse sentido, cabe destacar a reflexão realizada por Sassen (2016) no que se refere ao processo de mercantilização, seja da terra ou da água, o qual interliga-se com a acelerada destruição do planeta e, conseqüentemente, com os impactos causadores do deslocamento massivo da população, sendo que

enormes demandas por terra e água, a pobreza crescente, a expulsão da fauna e da flora a fim de criar plantações e abrir minas, em conjunto, redefinem amplas extensões de terra como nada mais que lugares de extração. Em cada lugar há uma genealogia específica que explica esse resultado. Mas, de uma distância conceitual, todas essas diferentes genealogias da destruição se tornam visíveis como uma espécie de condições genérica: uma coleção global de muitos trechos de terra e água mortos no tecido da biosfera (SASSEN, 2016, p. 180-181).

Com isso, a autora destaca o papel desenvolvido pela economia industrializada, que, na maioria das vezes, contribui com “vastas extensões de terra e água mortas: terra exaurida pelo uso incessante de produtos químicos; água morta pela falta de oxigênio em decorrência de todo o tipo de poluição” (SASSEN, 2016, p. 180).

Por conseguinte, a toxicidade presente na atmosfera, em decorrência de metais pesados, acaba por ser um dos elementos constituintes do processo de adoecimento dos sujeitos, corroborando o desenvolvimento de doenças autoimunes e, concomitantemente, o aumento das taxas de mortalidade e deslocamento populacional.

Ainda, o Alto Comissário das Nações Unidas (ACNUR) enfatiza o aumento da pobreza extrema, insegurança alimentar, falta de água e acesso a recursos naturais vitais para as comunidades em virtude do contexto supracitado. E aponta a categorização dos principais desastres motivadores de deslocamento no ano de 2019, a saber, tempestades (13 milhões), enchentes (10 milhões), incêndios (528 mil), secas (276 mil), deslizamentos (65 mil), temperaturas extremas (24 mil), terremotos (922 mil) e erupções vulcânicas (24 mil) (ACNUR, 2021a).



Ademais, cabe refletir acerca do lugar destinado aos expulsos, o qual Saskia Sassen (2016, p. 263) diz ser invisível para a produção teórica, clamando, dessa forma, por um reconhecimento conceitual. Tal lugar-espaço “se expande e se torna cada vez mais diferenciado. Não é um buraco escuro. Está presente”, existe e vive perante as formas tóxicas de desenvolvimento.

Em seguimento, os apátridas são considerados pela literatura e pelos ordenamentos jurídicos como pessoas sem nacionalidade ou sem pátria, sendo “a situação daqueles que não detêm vínculo jurídico-político com nenhum país” (PEREIRA, 2019, p. 36), assim “o que define o apátrida é a ausência de vinculação de nacionalidade com qualquer Estado, ou seja, se exclui desse conceito a pessoa que por qualquer meio tenha condições de reconhecimento de nacionalidade por qualquer Estado” (BRASIL; FARIA, 2019, p. 26).

Arendt (2010, p. 297) abarca, em sua obra intitulada *A condição humana*, a partir de uma análise acerca do declínio do Estado-Nação, entraves políticos e perda de territórios, assim como a contemporaneidade presente nesse fenômeno, o qual culmina na “existência de um novo grupo humano, em contínuo crescimento”, sendo o “sintomático do mundo após a Segunda Guerra Mundial”.

A autora discorre acerca do contexto europeu vivenciado no século XX. Repleto de uma diversidade cultural, fora demarcado pela sensação de instabilidade e, concomitantemente, pela migração de forma massiva, culminando na constituição do termo “*displaced persons*” (pessoas deslocadas), instituído a fim de acabar com o problema dos apátridas e passar a ignorar sua existência.

Agora, “este ‘homem sem Estado’ – um legítimo ‘fora da lei’ – era tido como uma anomalia que não adentrava na estrutura legislativa norma de nenhum país”, encontrando-se “sob o arbítrio da polícia, que não hesitava em cometer atos ilegais para diluir o número de indesejáveis do país” (PEREIRA, 2019, p. 100).

Subvertendo as leis enquanto uma forma de sobrevivência, encontram-se desprovidos de direitos e acabam por ser criminalizados. Nessa perspectiva, Arendt (2010, p. 307) destaca que,

como criminoso, mesmo um apátrida não será tratado pior que outro criminoso, isto é, será tratado como qualquer outra pessoa nas mesmas condições. Só como transgressor da lei pode o apátrida ser protegido pela lei. Enquanto durem o julgamento e o pronunciamento da sua sentença,

estará a salvo daquele domínio arbitrário da polícia, contra o qual não existem advogados nem apelações. O mesmo homem que ontem estava na prisão devido à sua mera presença no mundo, que não tinha quaisquer direitos e vivia sob ameaça de deportação, ou era enviado sem sentença e sem julgamento para algum tipo de internação por haver tentado trabalhar e ganhar a vida, pode tornar-se quase um cidadão completo graças a um pequeno roubo. Mesmo que não tenha um vintém, pode agora conseguir advogado, queixar-se contra os carcereiros e ser ouvido com respeito. Já não é o refúgio da terra: é suficientemente importante para ser informado de todos os detalhes da lei sob a qual será julgado. Ele torna-se pessoa respeitável.

Ao analisarmos a realidade mundial contemporânea, confirma-se o inicialmente destacado pela autora. De acordo com o ACNUR (2020), cerca de 3,9 milhões de pessoas no mundo encontram-se em tal condição, fato que corporifica a marginalização da população e a sua invisibilidade.

Sendo assim, mediante a necessidade de instauração de um instrumento internacional que garantisse a proteção de todos aqueles considerados sem pátria, o conceito foi definido internacionalmente a partir da Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas, datada de 1954, a qual “pretendeu conferir de forma imediata alguns direitos aos apátridas, tais como a liberdade de religião, de circulação, o acesso à educação, o acesso aos tribunais e especialmente a igualdade de tratamento em relação aos estrangeiros” (BRASIL; FARIA, 2019, p. 27).

Cabe destacar que seu texto foi aprovado pelo Congresso Nacional em 1995, através do Decreto Legislativo n. 38, de 5 de abril do respectivo ano (BRASIL, 1995), e retificado por meio do Decreto n. 4.246, de 22 de maio de 2002 (BRASIL, 2022), o qual promulga a referida convenção e denota uma preocupação internacional para com os apátridas.

Outrossim, faz-se importante sublinhar que

a apatridia não decorre, tão somente, do nascimento, em muitos casos, a nacionalidade é perdida, como, por exemplo, no caso da extinta União Soviética, talvez este motivo fosse o de maior relevância para que a apatridia fosse considerada um problema global e de todos. A soberania nacional do Estado lhe confere o poder de definir a legislação nacional no que tange ao reconhecimento de quem são seus nacionais. E por mais que a Organização das Nações Unidas busque garantir os direitos humanos, incluindo ao invés de excluir as pessoas, estas questões só podem ser decididas internamente por cada país cabendo à sociedade civil a difusão, a luta e a busca por uma sociedade efetivamente fraterna (BRASIL; FARIA, 2019, p. 28).

Portanto, compete identificar a problemática existente no que se refere à apatridia, visto que “essa circunstância existencial repercute de inúmeras formas na vida de um ser humano desprovido de nacionalidade” (PEREIRA, 2019, p. 36).

Dentre as dificuldades enfrentadas, Pereira (2019) ressalta os entraves levantados no que se refere aos direitos relacionados ao registro de propriedades de bens e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, visto a impossibilidade de deslocamento entre Estados e municípios, ensejando a exclusão da imensa maioria dos atos da vida civil.

Assim, novamente tem-se um cenário de desigualdade social e invisibilização dos deslocados, o qual, de acordo com o ACNUR (2020), se intensifica no contexto pandêmico vivenciado. Sem cidadania, os apátridas deparam-se com dificuldades de acesso a serviços básicos, como saúde e educação. Além do mais, geralmente encontram-se em condições insalubres de existência e desempenham suas atividades laborais junto ao setor informal em decorrência de seu status.

Diante da violação dos Direitos Humanos, mesmo regidos pelos tratados internacionais e por mecanismos nacionais facilitadores da naturalização, encontram-se à margem da sociedade. Segundo Redin (2010, p. 54), a ideia de clandestinidade, a partir do ponto de vista jurídico e político, automaticamente “coloca o estrangeiro em condição de vulnerabilidade pela impossibilidade de ser visto ou ouvido”.

Ao discorrer acerca do asilo político, o qual pode ser concebido como “uma instituição jurídica que visa proteger qualquer cidadão estrangeiro que seja vítima de perseguição no seu país de origem por questões políticas, convicções religiosas ou situações raciais” (CIERCO, 2017, p. 18), convém destacar o arcabouço legislativo internacional atual que assegura tal direito, assim como sua constituição histórica.

Sanches (2013) aborda a transformação existente no que tange à concessão de asilo. Previamente, contou-se com o asilo religioso, originado na Grécia Clássica, seguido do asilo criminal, e, posteriormente, do político. Este último emergiu na Revolução Francesa, conforme disposto no artigo de número 120, da Constituição Francesa de 24 de junho de 1793, o qual destacava que “*Da asilo a los extranjeros desterrados de su patria por causa de la libertad: la rehusa a los tiranos*” (SANCHES, 2013).

Complementarmente, de acordo com Jubilut e Apolinário (2010, p. 285), o “asilo tem origens na Antiguidade Clássica e, hoje em dia, é um ato discricionário do Estado visando a proteger pessoas”. Nesse contexto, apresenta-se sob duas perspectivas de concessão: o asilo territorial (que acontece no território efetivo do Estado) e o asilo diplomático (que se dá em embaixadas, consulados ou legações).

Destaca-se que os primeiros indivíduos expulsos de seus países em decorrência de questões religiosas foram os judeus, em 1942, na Espanha, os quais acabaram por buscar asilo em Portugal. Segundo Reale (1938 *apud* SANCHES, 2013, n.p.), em *Le droit d’asile*, nesse período,

o asilo se impôs como uma necessidade social com mais força que em épocas anteriores. Graças a ele, centenas de milhares de pessoas foram salvas. O asilo protegia não somente suas vidas, como também as liberdades fundamentais de pensamento, expressão e culto.

A datar de 1889, a América Latina passou a contar com o Tratado de Direito Penal Internacional, entre os países Uruguai, Bolívia, Argentina, Paraguai e Peru, o qual “regulava temas de conflito de jurisdição entre eles, dividido em cinco títulos: ‘Jurisdição’, ‘Asilo’; ‘Regime da Extradicação’; ‘Procedimento de Extradicação’; e ‘Prisão Preventiva’”.

A partir de então, outros acordos de extrema relevância foram sendo firmados, por exemplo: Convenção sobre Asilo Político (Havana, 1928), Convenção sobre Asilo Político (Montevideu, 1933), Tratado sobre Asilo e Refúgio Político (Montevideu, 1939), Tratado sobre Direito Penal Internacional (Montevideu, 1940), Convenção sobre Asilo territorial (Caracas, 1954), Convenção sobre Asilo Diplomático (Caracas, 1954), Convenção Americana sobre Direitos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica (Costa Rica, 1969), Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem (Bogotá, 1948), Declaração de Cartagena (1984) e Declaração do Rio de Janeiro sobre Refúgio (2000) (SANCHES, 2013).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948, p. 4) traz, em seu artigo de número 14, a respectiva afirmação

1. Todo ser humano, vítima de perseguição, tem o direito de procurar e de gozar asilo em outros países. 2. Esse direito não pode ser invocado em caso de perseguição legitimamente motivada por crimes de direito comum ou por atos contrários aos objetivos e princípios das Nações Unidas.

No entanto, a problemática levantada refere-se ao fato de que tal documento não dispõe do estabelecimento de regras para a concessão de asilo político. Assim, a fiscalização e responsabilização internacional pelos casos de injustificada negativa de asilo por parte de algum Estado não está supervisionada por nenhum órgão internacional, tornando-se um ato de absoluta soberania e de exclusiva competência do Chefe do Estado do país onde foi solicitado asilo, não sendo necessária qualquer fundamentação e baseando-se apenas no critério administrativo de oportunidade e conveniência (PEREIRA, 2019, p. 39-40).

Posto isso, concebe-se que “a mudança de Chefe de Estado pode alterar instantaneamente a condição do status de asilado das pessoas que recebiam a proteção do governo anterior” (PEREIRA, 2019, p. 40), corroborando a instabilidade já citada anteriormente e a discricionariedade e conveniência do Estado.

Para mais, Pereira (2019) discorre acerca do uso do instituto do asilo político enquanto uma ferramenta de barganha vinculada aos interesses dos Estados, fato que beneficia somente os indivíduos detentores de um maior poder aquisitivo/status social, tornando invisíveis aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

Por fim, trata-se da situação de refúgio, que possui enquanto marco legal a Lei n. 9.474, de 22 de julho de 1997 (BRASIL, 1997), a qual contribui com a definição de “mecanismos para a implementação da Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 no Brasil” (JUNGER *et al.*, 2022, p. 6). Inicialmente, destaca-se o artigo 1 da referida lei, que engloba os critérios utilizados para reconhecimento dos indivíduos enquanto refugiados:

I - devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país; II - não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve sua residência habitual, não possa ou não queira regressar a ele, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior; III - devido a grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país (BRASIL, 1997, p. 1).

Em consonância, o Estatuto do Refugiado (1951), constituído após a Convenção das Nações Unidas, reafirma e estabelece os direitos dos refugiados em nível internacional, determinando padrões básicos para o seu tratamento e consolidando instrumentos legais internacionais no que diz respeito ao referido público.

Nesse sentido, Pereira (2019, p. 42) destaca que “o reconhecimento de uma ‘situação de refúgio’ diz respeito a uma proteção internacional em que um Estado, signatário do Estatuto dos Refugiados de 1951 e demais tratados internacionais sobre o tema, ou a ONU, concede a um determinado indivíduo”. Ainda, de maneira conceitual, o autor menciona a relevância de se trabalhar as diferenças existentes entre refugiados conhecidos, solicitantes de refúgio e deslocados internos, dimensões presentes na lógica da situação de refúgio.

Assim sendo, a nomenclatura refugiado é utilizada para referir-se àquele que “migra forçadamente em virtude de bem fundado temor de perseguição nas cinco situações definidas pelo Estatuto dos Refugiados de 1951 – ligadas a raça, nacionalidade, religião pertencimento a determinado grupo social e opinião política” (PEREIRA, 2019, p. 43).

Cierco (2017, p. 13) enfatiza a confusão presente no uso de tal conceito, fato que contribui de forma direta com falas errôneas quanto à identificação dos tipos de migração. Como exemplo, cita a diferença entre o imigrante econômico e o refugiado, os quais facilmente acabam sendo confundidos

O ‘imigrante econômico’ deixa o seu país de origem para fugir à pobreza e à miséria; um refugiado deixa o seu país de origem para fugir à insegurança, à perseguição e à morte. O refugiado teve que abandonar o seu país, o seu domicílio, a sua família. Não dispõe de recursos financeiros, não domina língua, a cultura, o direito e o modo de vida do país que o acolhe. É um ser exilado, que tem que ‘reaprender a viver’.

Ainda, a realidade dos refugiados se coloca, de acordo com as literaturas, enquanto o ato não voluntário de deixar o país de origem, sendo compreendida como a última possibilidade diante do contexto vivenciado. Sendo assim, diferentemente dos demais tipos de migração, “os refugiados, no momento da partida, nem sempre estão certos quanto ao seu destino. Podem mesmo deslocar-se para regiões totalmente

desconhecidas, onde as comunidades locais lhes podem ser hostis” (CIERCO, 2017, p. 13).

Por conseguinte, ao abordar a condição de solicitante de refúgio, Pereira (2019) afirma que embora o solicitante, muitas vezes, não seja compreendido como um refugiado de direito, faz jus a toda a proteção internacional enquadrada em sua condição, isto é, está amparado legislativamente em decorrência da vulnerabilidade em que se encontra. Assim,

um solicitante de refúgio, enquanto aguarda a decisão sobre seu pedido perante a autoridade estatal onde foi requerida, está amparado pelo princípio non-refoulement (não devolução), não podendo, portanto, ser retornado de forma forçada ao seu país de nacionalidade ou ao país de onde proveio (PEREIRA, 2019, p. 43).

No que se refere à garantia de uma assistência humanizada a este público, em janeiro de 1951, conforme estabelecido na Carta das Nações Unidas, o ACNUR passou a atuar como órgão subsidiado da ONU, consolidando-se enquanto instituição responsável pelas questões relacionadas à população refugiada e apátrida, expandindo, desse modo, seu mandato para além das fronteiras europeias. Com a finalidade de garantir proteção, o respectivo órgão desenvolve um trabalho humanitário, estando presente em cerca de 130 países e prestando assistência a mais de 67 milhões de pessoas, dentre homens, mulheres e crianças (ACNUR, 2020).

Ademais, Pereira (2019) afirma que a situação vivenciada pelos deslocados internos pode ser compreendida como uma ampliação da ideia presente na situação de refúgio. Nesse contexto, aqueles que se deslocam dentro de seu próprio Estado acabam por compor este grupo, visto que não se encontram na situação de refugiados propriamente dita, não sendo “acolhidos por algum Estado e sim pelo próprio ACNUR, através dos chamados “campos de refugiados”, em zonas distantes dos conflitos ou guerras civis internas” (PEREIRA, 2019, p. 44), deparando-se com estruturas insuficientes diante do grande número de refugiados.

De acordo com o ACNUR (2021b), até dezembro de 2021 o Brasil contava com 60.011 pessoas reconhecidas como refugiadas no país, sendo 46.264 por grave e generalizada violação dos Direitos Humanos, 707 por opinião política, 79 por questões relacionadas à raça, e 120 por questões religiosas. Também, no respectivo ano, houve

cerca de 29.107 solicitações de refúgio. Convém sublinhar que, até então, o mundo contava com mais de 100 milhões de pessoas que foram forçadas a se deslocar.

Como já ressaltado previamente, em decorrência da complexidade que permeia o deslocamento humano, deve-se considerar os múltiplos motivos e fatores que levam os sujeitos a deixarem o país de origem, sendo que tais características podem transitar de acordo com o tempo e os significados subjetivos atribuídos ao deslocamento, conforme destacado pelos autores acima. Ademais, destaca-se que o fenômeno migratório também pode ser compreendido a partir da ideia de um deslocamento de pessoas no espaço, inicialmente no espaço físico, o qual não se constitui apenas por suas características físicas, mas sim por elementos sociais, culturais e economicamente qualificados (SAYAD, 1998).

A seguir, é discutida a nova lógica das expulsões, a qual se atrela ao contexto de globalização, e é fomentada por políticas neoliberais que contribuem significativamente com a exploração dos corpos daqueles que migram, designando-lhes, por vezes, um não lugar.

## 2.2 O trabalho enquanto categoria de análise no contexto migratório

A partir da abordagem teórica de Sayad (1998), a temática da mobilidade humana pode ser concebida diante de aspectos políticos, demográficos, geográficos e sociais, assim como pela concepção de algo provisório, fato que acaba por atribuir ao imigrante a condição de não sujeito e a ideia de clandestinidade acerca de sua situação no país hospedeiro.

Dentre um dos tantos fatores que regem o ato de migrar, pois trata-se de um fenômeno multidimensional, se enfatiza o cenário de globalização mundial no qual o deslocamento humano se intensifica, acarretando o crescimento exponencial de imigrantes em distintos países, bem como o aumento da visibilidade em torno da complexidade que permeia tal fenômeno social. Nessa conjuntura, destaca-se o conceito de mobilidade sobremoderna, que, segundo Augé (2010, p. 16), corresponde muito largamente à ideologia do sistema da globalização, uma ideologia da aparência, da evidência e do presente.



Conforme Baeninger (2017), a história da movimentação de imigrantes no Brasil acompanha diferentes momentos da economia. Dessa forma, diante da intensificação da circulação de capital no século XXI, a presença de imigrantes tornou-se expressiva, justamente pela demanda por força de trabalho para abranger as transformações da dinâmica econômica brasileira.<sup>3</sup>

Algumas referências compreendem o processo migratório diante de duas perspectivas no que se refere ao viés econômico propagado pela lógica capitalista: a agregação de mão de obra e a disparidade na inserção no mercado de trabalho. De acordo com Mahlke (2005, p. 28), essa realidade advém do fato de que nem sempre o fluxo migratório internacional está em conformidade com as necessidades internas dos países envolvidos.

Nesse sentido, as literaturas destacam que as condições insalubres de trabalho e a baixa remuneração acabam sendo a realidade vivenciada pelos deslocados, elementos produzidos pelo capital e complementares à falsa ideia de ampliação de oportunidades, liberdade e flexibilidade do mercado. Assim,

a migração surge como uma oportunidade de maximização do lucro quando projeta-se a inserção dos migrantes nesses esquemas de trabalho precarizado. Ora, sai-se de uma condição de pauperização, de perseguições política, religiosa e étnica, de guerras e de catástrofes ambientais em direção a novas formas de exploração que continuam a reproduzir desigualdades e situações de vulnerabilidade (GOES, 2018, p. 67).

Para mais, diante das mais variadas expressões da questão social<sup>4</sup> que podem ser experienciadas pelos sujeitos “não nacionais” (SAYAD, 1998, p. 58) na relação capital-trabalho, salienta-se o processo de sofrimento, que Redin (2010, p. 43) interpreta como a consequência dos mecanismos de controle aplicados aos imigrantes, que perpassam por “restrições e barreiras burocráticas”, e os colocam “em uma condição eternamente precária de sua situação de estar, que é um nunca estar

---

<sup>3</sup> Todavia, vale destacar que o acesso ao mercado de trabalho, enquanto categoria de análise do processo migratório, não pode ser concebido como a única motivação existente no deslocamento humano, haja vista que a realidade da população imigrante acaba por transformar-se ao longo de seus processos de transição.

<sup>4</sup> Conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2005, p. 27).

ou estar em um não lugar”. Consequentemente, questiona-se qual o lugar dos imigrantes diante da lógica sórdida do capital. Ainda, indaga-se acerca da prática estatal-governamental no que concerne ao reconhecimento do sujeito imigrante enquanto sujeito de direitos humanos.

Nessa concepção de um mundo “sobremoderno, submetido à tríplice aceleração dos conhecimentos, das tecnologias e do mercado” (AUGÉ, 2010, p. 22), as migrações internacionais, resultantes, por vezes, de desigualdades entre países, se acentuam. O regime de acumulação flexível atrelado a uma herança escravocrata culmina na precarização de vida da população imigrante, impondo formas de ser e viver em âmbito social, bem como instituindo a realidade árdua de busca pela sobrevivência em terras brasileiras.

O imigrante, percebido enquanto “corpo trabalho”, sofre com a exploração de sua mão de obra. Ainda assim, busca no mercado de trabalho informal uma possibilidade de subsistência, haja vista o não reconhecimento de seu corpo enquanto um corpo político e social, dotado de direitos (SAYAD, 1998).

Inclusive, o ACNUR (2020), agência da ONU responsável por proteger e assegurar os direitos dos indivíduos em situação de refúgio, aponta dados significativos no que se refere à geração de renda e à autossuficiência de pessoas refugiadas e solicitantes da condição de refugiado no Brasil através do documento “Vozes das pessoas refugiadas”. Tal documento possui como objetivo “aprofundar o entendimento dos riscos de proteção enfrentados por esta população” (ACNUR, 2020, p. 5), denotando a extrema fragilidade e ineficácia de Políticas Públicas migratórias que garantam o acesso igualitário aos direitos sociais, colocando os migrantes, por vezes, em condições insalubres de subsistência.

Questões como o idioma e o não reconhecimento de experiências e habilidades desenvolvidas no país de origem apresentam-se enquanto fatores determinantes à não inserção no mercado de trabalho formal e, por conseguinte, à dificuldade de acesso a renda. Por isso, o Diagnóstico Participativo do ACNUR (2020, p. 12) aponta que “existem relatos que pessoas recorrem a coleta de dinheiro na rua ou sexo como mecanismo de sobrevivência, especialmente para pessoas indígenas, mulheres e população LGBTIQ+”, fato que corrobora a invisibilidade do sujeito, e que decreta a negação, por parte do Estado, de suas necessidades específicas e do acesso aos

mínimos sociais, cerceando suas vidas e inviabilizando a construção de sua autonomia no país hospedeiro.

A histórica imposição de classificação social baseada em critérios de raça interfere na inserção no mercado de trabalho formal. Conforme consta no Diagnóstico Participativo (ACNUR, 2020, p. 13), a partir da discussão acerca da geração de renda, “dentre as 374 pessoas que discutiram este tema, sendo 117 indígenas e 257 não-indígenas, apenas 7% têm um contrato formal de trabalho”. Para Quijano (2005, p. 118) “ambos os elementos, raça e divisão do trabalho, foram estruturalmente associados e reforçando-se mutuamente”, culminando na perspectiva de inferioridade perante os não brancos e designando-lhes quais espaços podem ou não ocupar. No Brasil, tal fato reflete na realidade vivenciada pela população imigrante.

O Diagnóstico Participativo também destaca que

as pessoas refugiadas percebem que são frequentemente discriminadas por causa de sua nacionalidade. O desconhecimento dos direitos trabalhistas e de mecanismos de reclamação aumentam o risco de exploração laboral ou condições de trabalho inadequadas (ACNUR, 2020, p. 13).

Desse modo, a inexistência de conhecimento acerca dos direitos garantidos legislativamente reitera a perspectiva de classificação social, pois o não acesso se estende a não informação, o que inviabiliza as reivindicações por parte dos trabalhadores imigrantes e os coloca em uma constante posição de subordinação nas atividades laborais desempenhadas. Este lugar, “em geral, trata-se do cargo mais baixo na hierarquia laboral. Barata, rápida para empregar, fácil de aprender e substituível” (DIAS *et al.*, 2020, p. 86).

Redin (2020, p. 45) também discorre acerca da classificação que compreende o indivíduo imigrante enquanto objeto, negando a sua existência e o vulnerabilizando. Outrossim, concebe que, mesmo fora da lógica de corpo trabalho, diante do cenário capitalista e de uma ordem de exclusão, se impõem ao imigrante a condição de “não sujeito, que lhe reserva um ‘certo lugar’, também condicionado e precário”.

Paralelamente, segundo Sassen (1988), é a partir da lógica de reestruturação econômica do capital que a população imigrante se depara com o aumento dos índices de pobreza e desemprego, fato que valida a necessidade de acesso às políticas

brasileiras de proteção social, as quais vem sofrendo um desmonte e, por vezes, acabam por não suprir as demandas apresentadas.

Nesse contexto, cabe destacar que, segundo Noronha (2021, p. 208), “a chegada de novos imigrantes para o território nacional, trouxe desafios para a oferta de políticas públicas, sobretudo em relação ao atendimento aos grupos em situação de pobreza e vulnerabilidade social”. Para exemplificar, no ano de 2020, cerca de 132 mil famílias, com pelo menos um membro imigrante internacional, encontravam-se inseridas no Cadastro Único<sup>5</sup>, o que atesta a realidade vulnerável em que se encontram.

O crescimento nos últimos anos do acesso à Política Nacional de Assistência Social através do CadÚnico aponta indícios do “aprofundamento da pobreza e vulnerabilidade decorrentes das medidas de isolamento social necessárias para conter a disseminação da pandemia” (NORONHA, 2021, p. 209). Nessa conjunção, a inserção de imigrantes nos programas de transferência de renda, diante da crise sanitária brasileira, intensifica-se, “trazendo um grande desafio para a oferta de políticas públicas adequadas às necessidades dos diversos grupos” (NORONHA, 2021, p. 221), ratificando a homogeneização da população.

Através das informações referentes a distribuição dos imigrantes inscritos no CadÚnico, segundo a situação nos programas sociais analisados no Brasil, de 2012 a 2020, é possível visualizar o crescente aumento supracitado, principalmente no que tange ao acesso ao Auxílio Emergencial, benefício concedido em razão da pandemia do Coronavírus a mais de um integrante da família. Todavia, o Programa de Transferência de Renda Bolsa Família tem maior percentual entre beneficiários imigrantes (44%), seguido da Tarifa Social de Energia Elétrica (21%), Auxílio Emergencial (18%) e Benefício de Prestação Continuada (4%). (CAVALCANTI, OLIVEIRA, SILVA, 2021, p. 214)

Faz-se importante destacar que o acesso a tal benefício ocorre mediante comprovação de situação de pobreza e/ou miséria, dando concretude aos índices de vulnerabilidade já mencionados. Porém, acaba por configurar-se como insuficiente

---

<sup>5</sup> De acordo com o Decreto n. 11.016, de 26 de março de 2022, art. 2º, o Cadastro Único é instrumento de coleta, processamento, sistematização e disseminação de informações, com a finalidade de realizar a identificação e a caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda que residem no território nacional (BRASIL, 2022).

diante da garantia de acesso aos mínimos sociais, como alimentação adequada, habitação etc., haja vista tratar-se de um valor consideravelmente baixo à época.

Dessa forma, verifica-se a ineficiência das políticas ora vigentes e a sobrecarga da Política Nacional de Assistência Social, isso porque “no Brasil não existe uma política estruturada voltada para atender as particularidades dos migrantes, sendo as ações existentes de caráter emergencial e pontual” (MANJABOSCO, 2020, p. 124), fomentando uma descontinuidade de assistência à população.

Ademais, a privação de uma vida digna, a marginalização da população imigrante e a ineficácia de Políticas Públicas migratórias na legislação brasileira corroboram a invisibilização de suas especificidades, dando subsídios para a discussão em torno do princípio de igualdade, o qual “tem sido utilizado para inibir a criação de políticas específicas que visam atenuar desigualdades sociais, considerando que estas possam estar privilegiando os migrantes em detrimento dos nacionais” (MANJABOSCO, 2020, p. 127). Posto isso, cabe ressaltar que

o fenômeno da mobilidade humana exige respostas transversais no âmbito das políticas públicas e envolve diversas pastas, como possibilidade de um resultado efetivo. Diante desse cenário, cabe salientar que a recepção e a integração da população estrangeira no território nacional ultrapassam a responsabilidade da Rede de Assistência Social do Brasil, por envolver questões de direitos humanos, jurídicas, trabalhistas, de segurança pública, educação, saúde e seguridade social (SACHINI, RIBEIRO, 2021, p. 812-813).

Para além da não efetivação dos direitos sociais, a população imigrante depara-se com a impossibilidade de exercício de seus direitos políticos (salvo os naturalizados), fato que reafirma um processo de cerceamento de sua autonomia e estabelece mais uma privação, dentre as tantas, ao não sujeito brasileiro. Ainda, segundo Manjabosco (2020, p. 128), a

criminalização da atuação política desses sujeitos e as consequentes barreiras para inserir as particularidades da migração nos processos de luta da classe trabalhadora por direitos, corroborou para que prevalecesse uma atuação do Estado centrada na repressão e/ou na caridade.

Ou seja, contribui com o silenciamento dos trabalhadores e trabalhadoras, bem como demonstra a constante dualidade presente entre o direito e a bem-estar.

Em síntese, de acordo com as análises realizadas, há ineficiência e/ou inexistência de um Estado social, o qual não viabiliza e não garante direitos de forma efetiva, mesmo que estejam garantidos pelo ordenamento jurídico. À vista disso, o direito humano ao trabalho salubre e remunerado acaba por não se efetivar, o que consolida o aumento de desigualdades, situações de violência e práticas anti-migratórias que buscam a exclusão dos sujeitos da vida em sociedade e, também, o cerceamento de seus direitos individuais e coletivos.

### 2.2.1 Expulsões: a nova lógica de imigração na mundialização do capital

A condição de migrante internacional, emergente de múltiplos aspectos, pode designar à população imigrante a posição de não sujeito, mesmo que o deslocamento humano se encontre regido por distintas legislações, as quais asseguram princípios como a não criminalização da migração, a universalidade, a indivisibilidade e a interdependência dos direitos humanos.

Cabe analisar, hoje, o histórico do ordenamento jurídico no que se refere ao processo migratório no Brasil, considerando suas transformações e retrocessos ao longo dos anos. Inicialmente, discorre-se acerca da Lei n. 6.815/1980, conhecida como Estatuto do Estrangeiro (BRASIL, 1980), a qual definia a situação jurídica do migrante e/ou visitante. Datada em um contexto ditatorial, abarcava o deslocamento internacional enquanto pauta da Segurança Nacional brasileira, tratando o estrangeiro diante de uma perspectiva penal e efetivando expulsões arbitrárias. Ainda, ao considerar os migrantes como improdutivos, previa sua expulsão do território nacional, concebendo tal condição como “vadiagem e mendicância” (BRASIL, 1980, p. 9).

Por conseguinte, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que garante aos imigrantes o tratamento igualitário, em 2017, diante de uma tentativa de “adequar o marco legal do país na matéria para um paradigma de direitos humanos, que se afastasse das heranças autoritárias deixadas pelo Estatuto do Estrangeiro” (REDIN, 2020, p. 79), emerge a nova Lei das Migrações (Lei n. 13.445) (BRASIL, 2017), a qual conta com reformulações no que se refere à garantia de direitos do público supracitado e apresenta uma nova abordagem linguística, substituindo a

expressão “estrangeiro”<sup>6</sup>, previsto na legislação anterior, pelo termo “migrante”, com base nas reivindicações de acadêmicos e membros da sociedade civil.

Ainda, tal legislação prevê a proteção jurídica ao imigrante no que concerne aos processos de deportação, expulsão e extradição, como também garante o acesso aos direitos sociais previstos aos brasileiros, como a saúde e a educação. No entanto, a não efetivação de Políticas Públicas migratórias se apresenta como uma das limitações atuais, além da burocratização para acesso e validação documental, a qual se intensificou durante o cenário pandêmico vivenciado e se tornou contraditória diante dos princípios e diretrizes estabelecidos no respectivo documento.

Isso posto, a Lei de Migrações traz em seu texto os direitos e deveres dos migrantes e visitantes, regulando sua entrada e permanência no país. Dentre os aspectos destacados, cabe salientar o texto presente na seção IV, o qual trata da discussão em torno da ideia de expulsão, identificando a mesma enquanto uma medida administrativa de retirada compulsória de migrante o visitante do território nacional, atribuindo prazo ao impedimento de seu reingresso e citando os motivos que podem estar atrelados a tal medida, sendo estes: crime de genocídio, crime contra a humanidade, crime de guerra ou crime de agressão. (BRASIL, 2017, p.14)

O atual arcabouço legislativo brasileiro, no que tange à expulsão de migrantes e/ou visitantes, refere-se apenas aos casos em que estes tenham sua sentença transitada em julgado, mediante o cometimento de determinados crimes. Todavia, para além dos dispositivos legais, a expulsão de migrantes no Brasil perpassa pela linha tênue entre a inclusão e a exclusão através de práticas que negam os sujeitos e desconsideram suas complexidades.

Destarte, tem-se o processo de deportação como exemplo dessas práticas, o qual “não apenas representa a ruptura dos laços humanos e do projeto migratório estabelecidos no país de destino, mas coloca o ato de migrar dentro de uma

---

<sup>6</sup> De acordo com Pereira (2019, p. 90), “a palavra ‘estrangeiro’, em sua origem etimológica na língua grega (uma das línguas primordiais da formação do pensamento ocidental), provém da palavra xénos (daí o porquê da expressão ‘xenofobia’ como ódio e rechaço aos estrangeiros). Posteriormente, com o domínio do Império Romano Ocidental, quando a palavra foi traduzida para o latim, estrangeiro ganhou o nome de ‘extraneus’. Visivelmente, percebemos que o radical da palavra latina ‘estrangeiro’ guarda estreita relação com o radical da palavra ‘estranho’, trazendo uma possível assimilação linguístico-semântica que aproxima a conotação da figura do ‘estrangeiro’ com a ideia de ‘estranho’”.

perspectiva criminalizadora na hipótese de eventual irregularidade” (REDIN, 2020, p. 58), reafirmando a condição de provisoriedade abordada por Sayad (1998).

A partir do ordenamento jurídico, que, segundo Redin (2013, p. 32), “delimita quem está dentro e quem está fora ou, de outra forma, quem deve ou não ser despedido de direitos, isto é, nulificado”, tem-se uma dualidade no que se refere ao processo de deportação, reiterando a posição de um Estado que se exime diante da discussão sobre o deslocamento internacional e suas particularidades, bem como burocratiza o acesso aos documentos necessários para a permanência do migrante no país, percebendo-o enquanto “clandestino” e “irregular”<sup>7</sup>, reproduzindo a concepção adotada pelo Estatuto do Estrangeiro<sup>8</sup>.

Para mais, cria-se um mecanismo para “*analizar quiénes son contruidos como sujetos expulsables y quiénes no*” (DOMENECH, 2020, p. 109), revelando o constante paradoxo presente na lógica das migrações, colocando-a, novamente, como pauta da Segurança Nacional e compreendendo-a como uma ofensa criminal – mesmo diante da instauração de novos dispositivos legais –, o que apresenta um cenário de retrocesso.

Assim sendo, faz-se relevante discorrer acerca do conceito teórico que perpassa a lógica de expulsão, a fim de compreender seu sentido mais amplo e percebê-lo para além de uma medida administrativa, regida por legislações. Segundo Domenech (2015, p. 27), o ato de expulsar encontra-se atrelado à ideia de “rejeições na fronteira, devoluções, remoções, retornos assistidos e ‘voluntários’”, os quais emergem enquanto possíveis soluções para os indivíduos que possam apresentar algum tipo de “problema” ou “ameaça” ao país hospedeiro.

Sassen (2016, p. 22) traz à tona uma percepção que extrapola a concepção limitada do conceito de expulsão, o concebendo como um dos motores do capitalismo global, um sentimento de não pertencimento, uma forma de invisibilizar, um reflexo

---

<sup>7</sup> Para Pereira (2019), a ideia de irregularidade e clandestinidade, designada corriqueiramente ao imigrante, acarreta a imposição de um estado de criminalidade e ilegalidade, promovendo uma condição desigual entre os migrantes.

<sup>8</sup> Segundo Pereira (2019, p. 103), “sempre guiado pelo paradigma da ‘segurança nacional’, o Estatuto do Estrangeiro exigia do migrante uma série de requisitos formais para a sua estada regular no território nacional”, dificultando a entrada e estada dos sujeitos no país. Nesse contexto, “bem-vindo seria somente o estrangeiro que mostrasse o ideal de brancura e pureza originária dos países hegemônicos”.



das “formações predatórias” atuais, algo que, por vezes silencioso, cerceia a vida e a história de tantos sujeitos.

Torna-se imperativo frisar que, de acordo com Sassen (2016) antes de serem expulsos do país hospedeiro, foram expulsos do país de origem, mesmo que tal fato não tenha ocorrido de forma explícita, as circunstâncias vividas levaram-lhes a deixar o que tinham e sair em busca de um recomeço.

Desse modo, é através da organização de um Estado, que ora inclui, ora exclui, que as múltiplas faces da violência passam a ser legitimadas, impondo aos indivíduos “não nacionais” formas de ser e viver no país hospedeiro. As formas de negação do direito de migrar aparecem mediante a arbitrariedade de um Estado-Nação “que silencia e legitima, a partir dos Estados, uma violência que é intrínseca à imposição do confinamento humano dentro de fronteiras” (REDIN, 2020, p. 15), estabelecendo um processo permanente de exclusão por meio de práticas coercitivas.

Ainda, a burocratização que perpassa a efetivação da migração internacional pode ser concebida como um instrumento utilizado pelo Estado para a construção de políticas de controle que impeçam a entrada e a permanência dos “indesejados” (REDIN, 2020, p. 16) no país. Isto é, tem-se uma iniciativa e concordância governamental no que se refere à negação dessa realidade, corroborando um contexto de privações e naturalizando a expulsão dos imigrantes, os quais, segundo Sayad (1998, p. 269), se privam “durante toda a vida do direito mais fundamental, o direito do nacional, o direito a ter direitos, o direito de pertencer a um corpo político, de ter um lugar nele”.

Nessa perspectiva, Sassen (2016, p. 10) chama a atenção para a nova lógica de expulsões, as quais se atrelam à economia política global e se efetivam através de instrumentos que “vão desde políticas elementares até instituições”, passando a construir um processo de seleção selvagem diante da vida em sociedade, intensificado após o fim da Guerra Fria. Perante a reorganização radical do capitalismo e a ampliação das formas de extração de lucros, os sujeitos passaram a experimentar as faces extremas do novo contexto econômico e ambiental, deparando-se com a intensificação das desigualdades, a eclosão de conflitos e as expulsões.

Para Sassen (2016), esse cenário se estende aos mais variados indivíduos e grupos, por exemplo, os que compõem o processo migratório, fato que demanda uma

reflexão ampliada acerca das causas e efeitos que permeiam as diferentes formas de expulsão, concebendo a necessidade de uma intersecção entre o local e o global e compreendendo-as enquanto parte de um modelo econômico excludente e limitante.

Por conseguinte, a dinâmica do capitalismo, que se constitui por distintos atores e processos, acaba por legitimar uma realidade complexa e brutal, desenvolvendo formas de opressão, concentrando renda e poder e intensificando as mazelas sociais já existentes. Outrossim, ao analisarmos o contexto vivenciado pela população imigrante, contexto que perpassa tanto pela desigualdade social e econômica quanto pelas condições insalubres de trabalho, compreendemos, em nível global, o modo com que as expulsões se manifestam, tendo em vista que os deslocamentos, em sua maioria, se dão em decorrência de catástrofes que agravam as vulnerabilidades já vivenciadas, forçando os indivíduos a deixarem seus países em busca de novas formas de sobrevivência.

Sassen (2016, p. 70) destaca que nas últimas duas décadas “houve um crescimento da quantidade de pessoas, empresas e lugares expulsos das ordens sociais e econômicas centrais de nosso tempo”, contribuindo com o aumento dos fluxos migratórios e exacerbando o contexto de sofrimento, posto que “em momentos de crise, acompanhado de processos de reestruturação econômica, o imperialismo capitalista também atua internacionalmente na intensificação de conflitos e guerras” (MANJABOSCO, 2020, p. 47). Dessa forma,

para além da conotação econômica que o termo carrega, as expulsões não seriam apenas o ato de deixar para trás a sua terra, mas, também de ser destituído de seu meio de sobrevivência, do seu pertencimento social, do seu projeto de vida, e, logo, ser expulso do que se tem de mais fundamental nas sociedades atuais, sua participação na democracia liberal (LEVEL; JAROSCHINSKI SILVA; MAGALHÃES, 2020, p. 119).

Efetivamente, a nova lógica das expulsões, a qual compreende o contexto migratório diante de múltiplos elementos – a destruição ambiental e a brutalidade presente na economia global –, emerge enquanto uma das formas de controle social que se desenvolve por meio do processo de seleção dos indivíduos, classificando-os como desejáveis ou indesejáveis e designando-lhes papéis na vida em sociedade.

Em síntese, a partir da criminalização do processo migratório, sob a lógica neoliberal, se atribuiu ao imigrante a condição de irregularidade, gerando “uma ampla

aceitação das medidas de expulsão – uma prática política escondida, negada, disfarçada – entre distintos atores e setores da sociedade” (DOMENECH, 2015, p. 28).

### 2.3 Migração e saúde

Compreendendo a multiplicidade de fatores que compõem o processo saúde-doença de uma população, deparamo-nos, cotidianamente, com a patologização das expressões da questão social (fome, pobreza, miséria, dentre outras), realidade que também perpassa o curso migratório.

Nesse íterim, a experiência migratória, além de complexa, pode implicar em condições insalubres e exaustivas decorrentes do sistema econômico ora vigente, conforme já destacado, o qual possui correlação direta com uma forma, dentre as tantas, de adoecimento desse público.

Segundo Ibiapina (2019, p. 98), o “tipo de trabalho ao qual se submetem, a mudança climática, as condições de moradia e a mudança dos hábitos alimentares” são os múltiplos fatores que podem influenciar no processo saúde-doença, demandando uma gama de cuidados e a garantia de acesso a políticas públicas eficazes.

Diante da intensa mobilidade humana e da complexidade que permeia este cenário, faz-se necessária a problematização acerca da multifatorialidade presente no processo de adoecimento daqueles que migram, a fim explicar os fenômenos relacionados às migrações e à saúde, os quais se constituem na interface dos diferentes campos do saber (GRANADA *et al.*, 2017, p. 286).

Ventura e Yujra (2019) abordam a temática da migração e saúde ante a perspectiva do estrangeiro e da doença, ressaltando o impulso imediato dos seres humanos, bem como do Estado, no que se refere à identificação de culpados quando novas patologias emergem na vida em sociedade. Em outras palavras, a população que migra sempre se enquadra como culpada e passa a ser responsabilizada pelo fato de não estarem integrados à comunidade em questão, atestando a constante estigmatização do sujeito que se desloca.

Ao analisar tal situação, Ventura e Yujra (2019) destacam um fato histórico que se atrela a essas concepções. No período da Idade Média, diante da propagação da peste negra, a qual dizimou europeus e ocasionou a queima de judeus, os sujeitos oriundos de outros países/cidades/estados foram responsabilizados por tal acontecimento. Assim, o ato de migrar foi indicado como um fator de adoecimento da população do país hospedeiro, e o migrante, como vetor de doenças.

Também como consequência desse processo de estigmatização para com os sujeitos que se deslocam, pode-se citar a epidemia de HIV, da qual se constituiu o mito de que os haitianos seriam os responsáveis pela doença e sua transmissão, dando concretude à teoria dos 4H (hemofílicos, haitianos, homossexuais e heroinômanos), que contribuiu com um processo de responsabilização étnica (VENTURA; YUJRA, 2019).

Posteriormente, a epidemia de ebola, ocorrida nos anos de 2014 e 2015, também atingiu a integridade dos migrantes. Em decorrência dos números estarrecedores de contaminação na África Ocidental, os quais foram ignorados quando comparados à repercussão vertiginosa dos casos presentes no Ocidente, países passaram a desprezar recomendações apresentadas pela OMS. Ou seja, disseminaram condutas discriminatórias no que tange à mobilidade humana através da proibição da entrada de migrantes no território, principalmente daqueles oriundos das regiões mais atingidas (VENTURA; YUJRA, 2019).

Tais contextos não se distanciam dos vivenciados na realidade contemporânea. A tentativa de limitar o ingresso dos deslocados em determinadas regiões, de acordo com Ventura e Yujra (2019), não é uma alternativa eficaz no que concerne à redução de doenças infectocontagiosas, já que se disseminam rapidamente em todo o mundo em decorrência não somente do tráfego de pessoas, mas também do comércio internacional.

Diante disso, entende-se que o preconceito referente à mobilidade humana também é um problema de saúde pública, visto que “o ambiente de rechaço à presença de pessoas originárias de determinados países pode levá-las a não buscar tratamento por temor a medidas que tenham impacto sobre sua situação migratória” (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 33).

Nesse sentido, a discussão em torno do direito à saúde faz-se relevante, direito este garantido constitucionalmente a todos os cidadãos, “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), contemplado, ainda, a não discriminação em razão de nacionalidade e/ou condição migratória, conforme a Lei de Migração (BRASIL, 2017) e a Lei do SUS (BRASIL, 1990).

Tendo em conta as recomendações internacionais, a OMS reitera a percepção de não discriminação em relação aos nacionais do Estado de trânsito ou acolhida. Além disso, afirma a necessidade de constituição de políticas específicas que compreendam os determinantes sociais dos deslocamentos, buscando, assim, o atendimento das demandas e necessidades apresentadas (VENTURA; YUJRA, 2019).

Posto isso, Ventura e Yujra (2019) destacam os principais enfoques e paradigmas da saúde do migrante e do refugiado, quando pensada a partir do debate internacional, a saber: risco ou ameaça (ênfase em segurança), saúde pública (ênfase em políticas públicas) e Direitos Humanos (ênfase na proteção das pessoas).

Num primeiro momento, as autoras apontam a perspectiva do risco ou ameaça, que tem origem em quarentenas medievais. Desenvolvendo-se no campo da segurança sanitária, abarca a priorização da proteção da saúde daqueles que se encontram no país de acolhida, concebendo a saúde dos que se deslocam enquanto discussão de segundo plano, visto a possibilidade de transmissão de doenças por parte destes (VENTURA; YUJRA, 2019).

Em seguida, o enfoque da saúde pública correlaciona-se com

o aumento do nível global de saúde das populações para qualificar a força de trabalho e reduzir despesas públicas do setor. Por esse prisma, os migrantes e refugiados são levados em consideração apenas como elementos de políticas cujos objetivos estão relacionados aos interesses dos países de acolhida (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 36).

Em contrapartida, o enfoque dos Direitos Humanos parte de uma perspectiva abrangente, compreendendo o direito à saúde enquanto um direito de todos, independentemente de sua condição migratória. Aliás,

restringir os direitos dos migrantes aumenta sua vulnerabilidade e cria ou amplifica iniquidades relacionadas à saúde, ao passo em que reconhecer seus direitos facilita a integração, previne custos sociais e sanitários a longo prazo, e contribui para o desenvolvimento econômico e social do país de acolhida (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 37).

Compreendendo que o não acesso aos direitos assegurados legislativamente pode prejudicar a saúde do indivíduo, cabe destacar algumas reflexões apresentadas por Risson, Matsue e Lima (2018) no que se refere a percepções de profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária, no município de Chapecó, situado no estado de Santa Catarina, quanto à relação entre o deslocamento humano – em específico, o de imigrantes haitianos – e a saúde.

A partir de falas racistas e discriminatórias, as quais, por vezes, concebem os imigrantes enquanto riscos e ameaças, os autores refletem acerca da impossibilidade de constituição de vínculo e desempenho do papel de cuidador por parte de determinados profissionais para com o público supracitado, violando os preceitos éticos, bem como os princípios preconizados pela Política Nacional de Humanização.

A aversão criada para com o imigrante haitiano também parte da ideia de que, após a sua chegada, o país passou a experienciar uma instabilidade política. Por isso, “a discriminação se expressa por uma compreensão de que eles são ‘culpados’ das mazelas da sociedade” (RISSON; MATSUE; LIMA, 2018, p. 122), pessoalizando, desse modo, o atendimento oferecido e corroborando a violação dos direitos humanos.

Em consonância, Martin, Goldenberg e Silveira (2018) discorrem acerca da ameaça presente na constante forma de estereotipagem dos sujeitos junto aos serviços de saúde, os quais acabam tendem a perceber os indivíduos a partir de suas nacionalidades e reduzi-los aos seus locais de nascimento, reforçando problemáticas epistemológicas importantes, como o nacionalismo metodológico, considerando os atores sociais enquanto homogêneos e monolíticos e restabelecendo relações desiguais de poder.

Por isso, Ventura e Yujra (2019) apontam para a necessidade de se pensar a saúde da população migrante a partir de uma dimensão individual (sexo, gênero, idade etc.) e de uma dimensão estrutural (condições de vida, de trabalho, segurança etc.), problematizando aspectos sociais existentes e estabelecendo relevância no que

se refere a abordagens profissionais que contemplem os determinantes sociais da saúde<sup>9</sup> (DSS).

A *World Health Organization* (WHO) divulgou, por meio do Relatório Mundial sobre a Saúde dos Migrantes e Refugiados, os principais DSS que podem influenciar na qualidade de vida e bem-estar desse público, conectados ao âmbito individual, social e ambiental e às fases do processo migratório, sendo estes: as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, as condições de vida e trabalho, as redes sociais e comunitárias, os fatores relacionados ao estilo de vida de forma individual e a idade, sexo e fatores hereditários.

A identificação dos DSS, atreladas às fases do deslocamento (pré-migração, transição e chegada e integração), são elementos importantíssimos de acordo com a WHO (2022), visto que, a partir disso, se pode examinar o impacto causado à saúde dos migrantes e refugiados ao longo do processo migratório.

Conforme Silveira *et al.* (2014, p. 99), a complexidade existente no processo de adoecimento e nos cuidados em saúde voltados à população que migra está atrelada à ineficácia de políticas públicas segmentadas – que não contemplam a totalidade das demandas geradas pelos deslocamentos, desconsiderando os DSS e seus impactos na existência dos sujeitos.

À título de exemplo de tal complexidade, Silveira *et al.* (2014) citam um conjunto de problemas de saúde relacionados às vulnerabilidades de pessoas e grupos em situação migratória, como os riscos existentes nas relações interpessoais e nas situações de trabalho, ou, até mesmo, a discriminação institucionalizada e a exclusão social, ambas fruto de relações fundadas em preconceitos.

Outrossim, a operacionalização de políticas enquanto forma de controle dos corpos daqueles considerados como não brasileiros também pode interferir nas práticas em saúde. O estabelecimento de barreiras para acesso aos serviços (burocratização, não repasse de informações etc.) e, conseqüentemente, o descaso e o abandono podem agravar o processo de adoecimento e o isolamento social (SANTANA *et al.*, 2014, p. 175).

---

<sup>9</sup> De acordo com Ventura e Yujra (2019, p. 38), “embora existam diversos conceitos de DSS, uma definição simples e consensual é a de que a saúde de um indivíduo está relacionada às suas condições de vida e de trabalho”.

A seu turno, Martin, Goldenberg e Silveira (2018) destacam que a busca pelo alívio desses sinais e sintomas, sejam eles físicos ou psíquicos, decorrentes do processo de inclusão, acabam sendo os motivadores de acesso aos serviços públicos ofertados em território nacional. Todavia, ter o cartão SUS e o direito de acesso estabelecido para atendimento como qualquer outro cidadão não é o suficiente, visto que

há especificidades próprias a esses grupos que provavelmente são desconhecidas dos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção, como também há desconhecimento dos imigrantes sobre a forma como esse cuidado é realizado. Os processos de saúde, doença, atenção e prevenção entre os diferentes grupos de imigrantes podem conter similaridades e distanciamentos com os modelos de atenção dos profissionais de saúde (MARTIN; GOLDENBERG; SILVEIRA, 2018, p. 34).

Nesse sentido, Santana *et al.* (2014, p. 177-183) subdividem as barreiras enfrentadas a partir da perspectiva do paciente, do profissional e do próprio sistema de saúde, elencando os principais elementos que constituem a dificuldade de acesso aos serviços, bem como à oportunização de um atendimento humanizado e acolhedor.

No que tange ao paciente, os autores apontam como dificuldades o idioma, as variantes culturais nas atitudes relacionadas à saúde, a interação intercultural e o desconhecimento dos direitos e dos serviços disponíveis (SANTANA *et al.*, 2014). Ao voltamos o olhar para as barreiras evidenciadas pelos profissionais de saúde, a dificuldade de comunicação e a interação intercultural também se configuram enquanto obstáculos importantes, seguidas do desconhecimento sobre políticas de saúde e organização de serviços para imigrantes, assim como a discriminação e o preconceito (SANTANA *et al.*, 2014).

Em contrapartida, a identificação das barreiras voltadas aos serviços de saúde perpassa por questões estruturais, por exemplo, a inexistência de um atendimento especializado, a precarização e/ou inexistência de exames e medicamentos, a indisponibilidade de transporte para acesso a determinadas unidades de saúde e o alto custo (este último está presente em países que o sistema público de saúde inexistente) (SANTANA *et al.*, 2014, p. 181).

Assim, concebe-se que, para além



dos impactos diretos da migração, questões sistêmicas e estruturais – como o sentimento antimigrante, a existência de sanções pela irregularidade do status migratório e o despreparo dos serviços de saúde (aspectos culturais, linguísticos e clínicos) para o atendimento de migrantes dentro da comunidade de acolhimento – são entraves para o acesso adequado, equitativo e acessível dos migrantes ao sistema de saúde (COSTA; GURGEL; MATOS, 2021, p. 103).

À vista disso, alguns autores dizem que a interculturalidade é uma importante estratégia em atenção à saúde. Albó (2004) identifica a interculturalidade como um fator primordial no que tange ao processo de recuperação da saúde dos indivíduos, impactando significativamente na sua qualidade de vida e sobrevivência.

Não obstante, o desprezo de crenças individuais e expectativas construídas ao longo do processo saúde-doença são fatores que contribuem para uma relação assimétrica entre pacientes e profissionais, tal situação extrapola as barreiras das relações interpessoais, conectando-se à estrutura social e institucional. Portanto, para além de identificar a cultura do outro, a interculturalidade em saúde deve pautar-se na integração das crenças e culturas dos pacientes em seus processos de recuperação, rompendo com a visão etnocêntrica existente (ALBÓ, 2004, p. 69).

Quando pensada sob a ótica das migrações, a interculturalidade poderá contribuir com a garantia de um atendimento qualificado e humanizado, visto que “propõe a existência de mediação cultural e linguística como meio de transpor as barreiras de comunicação entre paciente e profissional, além de promover relações de confiança e vínculo entre ambos” (MARTINO, 2022, p. 553).

Logo, o estabelecimento de relações simétricas, conforme a perspectiva da interculturalidade no campo da saúde, enquanto uma prática eficaz ante os desafios apresentados, demanda um aprimoramento técnico-operativo e ético-político, tanto em nível de gestão em saúde quanto de assistência.

Paralelamente, diante da busca incessante pela garantia do direito à saúde dos que se deslocam, faz-se relevante destacar a aprovação na ONU do Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular<sup>10</sup>, datado em dezembro de 2018. Tal documento aponta elementos importantes no que se refere ao acesso aos serviços

---

<sup>10</sup> “Neste Pacto os países signatários se comprometem a incluir os migrantes nas políticas de saúde nacionais e locais, facilitando o acesso destes e promovendo mecanismos e capacitação de servidores que sejam sensíveis à questões como língua e cultura dos mesmos” (COLLARES, 2021, p. 227).

de saúde, compreendendo a culturalidade como fator inerente ao processo saúde-doença dos indivíduos:

as necessidades de saúde dos migrantes nas políticas e planos nacionais e locais de saúde, fortalecendo as capacidades de prestação de serviços, facilitando o acesso a preços acessíveis e não discriminatórios, reduzindo as barreiras de comunicação e capacitando prestadores de serviços sensíveis à cultura, a fim de promover a saúde física e mental dos migrantes e comunidades em geral, inclusive levando em consideração as recomendações relevantes do Quadro de Prioridades da OMS e Princípios Orientadores para Promover a Saúde dos Refugiados e Migrantes (ONU, 2018, n.p.).

Complementarmente, considerado um importante marco regulatório na garantia de proteção a migrantes e refugiados, esse documento visa o compartilhamento de responsabilidades pela não violação dos direitos humanos, contando com a participação de 164 países inicialmente.

Em nível nacional, após um recuo governamental, o referido pacto foi revogado, fato que, se analisado criticamente, culmina em um retrocesso no campo dos direitos humanos internacionais. Ainda assim, o direito à saúde da população migrante se encontra prevista através de outros instrumentos normativos e legislativos mencionados anteriormente, mas não conta com políticas específicas.

Ao olharmos para os locais de permanência da população imigrante no país, em consonância com os mecanismos de saúde disponibilizados, Cavalcanti, Oliveira e Silva (2021, p. 33) referem que atualmente a população imigrante se concentra, majoritariamente, em municípios com uma maior diversidade de recursos no âmbito da saúde, sendo que 70% dos locais com cem ou mais imigrantes contam com, ao menos, quatro ou cinco dos seguintes indicadores: “presença de centros especializados de parto, possibilidade de realizar exames da atenção básica no município, presença de leitos/ berços de cuidados intermediários, presença de UTI neonatal e presença do programa do agente comunitário de saúde”.

Todavia, Granada *et al.* (2017) destacam que as intervenções em saúde em nível local dificilmente são voltadas à população migrante, fato que pode contribuir com a não observância das especificidades apresentadas por este grupo, demandando um novo olhar para com a temática. Opondo-se a essa afirmação, Collares (2021, p. 226) evidencia que diante da evolução do conceito de saúde

ocorrida nos últimos tempos, alguns governos passaram a reconhecê-la enquanto um direito humano essencial, passando a buscar formas de proporcionar direitos semelhantes aos migrantes e não migrantes no que se refere ao acesso aos sistemas locais. Portanto, compreende-se que algumas transformações vêm ocorrendo. Porém, as limitações e dificuldades enfrentadas, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos usuários dos serviços no país de acolhimento, seguem crescendo.

Ainda, mediante a transformação dos fluxos migratórios, o perfil dos migrantes que chegam ao país também tem se modificado, conforme já destacado. Movidos por conflitos sociais e políticos, bem como por desastres naturais, a chegada desses sujeitos em situação de vulnerabilidade é uma realidade, fato que corrobora o aumento na busca por serviços providos pelas instituições públicas, por exemplo, os que compõem as áreas de saúde, educação e assistência social (COLLARES, 2021, p. 228). Sob esta lógica, destaca-se que, dentre os fatores motivadores do deslocamento, por vezes, o acesso à saúde pública e gratuita é um dos elementos impulsionadores da mobilidade humana.

Aqui, cabe destacar a mobilidade pendular internacional e/ou migração pendular internacional, a qual se refere ao deslocamento temporário para acesso aos serviços de saúde, ocorrendo quando se apresenta uma disparidade entre países de fronteira no que se refere às condições socioeconômicas e a qualidade dos serviços (ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Zaslavsky e Goulart (2017, p. 3983) apresentam duas hipóteses acerca da mobilidade no que tange aos desfechos de saúde dos indivíduos: “a distância percorrida pelo paciente entre sua residência e o serviço, e os aspectos administrativos para que o uso dos serviços ocorra.” Se tratando dos aspectos administrativos, as autoras destacam a ausência de documentos solicitados, como comprovante de residência e cartão SUS, fato que gera incerteza quanto ao acesso aos mecanismos públicos de saúde.

Ao visualizarmos a Lei de Migração, identifica-se a garantia de visto temporário para fins de tratamento de saúde, concedido ao imigrante e ao seu acompanhante desde que comprovados meios de subsistência suficientes (BRASIL, 2017). Nessa perspectiva, mesmo com tantas barreiras e limitações, o sistema de saúde brasileiro

acaba tornando-se uma alternativa eficaz de acesso aos mais variados níveis de complexidade.

Diante dos inúmeros desafios apresentados no presente, cabe destacar que o cenário pandêmico vivenciado entre 2020 e 2022 também impactou a mobilidade humana e os serviços ofertados (saúde, educação, assistência social), acarretando novos contextos a serem experienciados. Cavalcanti, Oliveira e Macedo (2020) salientam a diminuição nos deslocamentos a partir de abril de 2020 – a entrada de imigrantes com registros migratórios obteve a menor redução de valores em 20 anos, e as solicitações de refúgio caíram drasticamente, podendo ser comparadas com os números do início da década.

Esse cenário se intensificou mediante a apresentação de portarias interministeriais emitidas pelo Governo Federal, as quais visavam regulamentar a entrada de pessoas no país, em razão da pandemia de COVID-19, criando restrições à entrada de estrangeiros e apresentando diferenciações a depender do tipo de fronteira e país de origem. Assim, os projetos migratórios foram interrompidos (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020, p. 14).

Com políticas de fronteiras restritivas, o direito à saúde daqueles que migram acaba sendo cerceado. Rodrigues, Cavalcante e Faerstein (2020) apontam uma ampliação das dificuldades de acesso à proteção internacional por parte dos refugiados à época da pandemia, fato que impactou significativamente na garantia de preservação de sua saúde e, concomitantemente, apresentou-se um risco na suspensão dos direitos humanos.

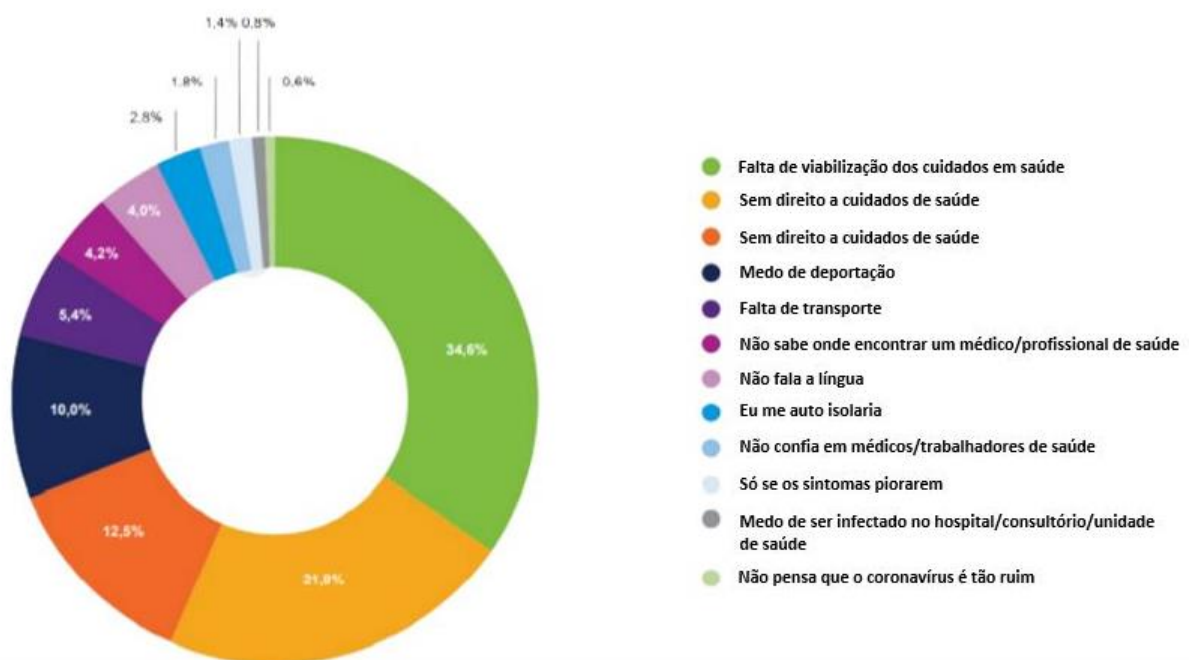
Acerca da condição de saúde deste público, destaca-se a agudização das vulnerabilidades vivenciadas previamente. A precariedade e superlotação dos abrigos e campos de refugiados, as condições da transitoriedade e a impossibilidade de garantia das medidas de distanciamento social apresentaram-se enquanto desafios mundiais importantes (RODRIGUES; CAVALCANTE; FAERSTEIN, 2020, p. 3-4).

Nos cenários supracitados, o não cumprimento de medidas de biossegurança exigidas pelo enfrentamento do Coronavírus, por exemplo, a lavagem das mãos e o isolamento, são consequência das condições insalubres vivenciadas (MARTINO, 2022). Complementarmente, os serviços de saúde ofertados em todo o mundo apresentaram uma fragilização ao longo da pandemia da COVID-19, justificada pela

demanda de atendimentos de alta complexidade (COUTO; BARBIERI; MATOS, 2021).

De acordo com a WHO (2022), houve impactos indiretos na saúde da população migrante e refugiada em decorrência do contexto pandêmico. O não acesso à proteção social é um exemplo, assim como a não garantia de benefícios previdenciários em decorrência do adoecimento, e o aumento dos índices de desemprego aumentam as situações de risco já vivenciadas. Com relação aos serviços de saúde, muitos dos que se deslocam relatam a não busca por atendimento diante da manifestação de sintomas físicos, realidade presente em todo o mundo. Quanto aos motivos, são apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Motivos para não procurar atendimento médico em casos de suspeita de COVID-19



Fonte: Adaptada de WHO (2022).

A partir de uma pesquisa com 30 mil imigrantes e refugiados, foi possível identificar que pelo menos 30% dos sujeitos não buscaram os serviços de saúde em decorrência da ausência de viabilização, seguidos de 21,9% que relataram não ter

direito ao acesso à saúde de acordo com o país de acolhimento em que se encontram (WHO, 2022, p. 146).

Em nível nacional, se tratando de questões epidemiológicas e estatísticas, Rodrigues, Cavalcante e Faerstein (2020) mencionam a não notificação e/ou a notificação incompleta dos casos de COVID-19 em pacientes imigrantes ou refugiados, evidenciando uma falha no que concerne ao mapeamento dos níveis e quantitativos de infecção dessa população, reforçando o constante processo de invisibilização dos sujeitos, haja vista a inexistência de informações quanto à nacionalidade dos pacientes notificados. Tais informações mostram-se relevantes ao passo em que podem auxiliar gestores locais na organização das respostas à pandemia, considerando as vulnerabilidade e especificidades das populações imigrantes e refugiadas (RODRIGUES; CAVALCANTE; FAERSTEIN, 2020, p. 8).

Ainda, ao pensarmos em estratégias em saúde voltadas aos que migram, posterior ao cenário pandêmico, não se evidencia de um contexto favorável. Nesse sentido, os autores identificam como necessário um mapeamento aprofundado dos impactos que a referida crise sanitária pode ter causado na vida desses sujeitos, a fim de que estratégias interventivas sejam pensadas e executadas pelos órgãos governamentais (RODRIGUES; CAVALCANTE; FAERSTEIN, 2020, p. 9).

Em escala mundial, a WHO (2022) ressalta a necessidade de construção de políticas inclusivas que objetivem a integração de migrantes e refugiados nas respostas à COVID-19, protegendo-os de acordo com as convenções internacionais. Quanto à realidade da América Latina, as políticas públicas de saúde mostraram-se não inclusivas segundo o relatório, sendo que o fechamento de fronteiras entre a Colômbia e a Venezuela, por exemplo, pode ter fomentado os estereótipos construídos em torno do processo migratório.

Por fim, a WHO (2021, p. 31-32), por meio do relatório *Refugees and migrants in times of COVID-19: mapping trends of public health and migration policies and practices*, evidencia que a proliferação de medidas unilaterais e a consequente falta de coordenação prejudicaram uma resposta global verdadeiramente coletiva e consistente e produziram muita confusão e imprevisibilidade nos serviços de saúde ofertados.

Assim, destaca três principais estratégias a serem adotadas diante do contexto vivenciado, a fim de garantir uma abordagem integrada das políticas migratórias e saúde pública em todo o mundo e englobar as demandas emergentes, a saber: o acesso sensível a proteção no território, garantindo o acesso ao território para realização de exames médicos e triagens; a flexibilidade no status migratório por meio de prorrogação de vistos e demais autorizações e regularização de migrantes indocumentados facilitando o acesso aos serviços de saúde; o acesso não discriminatório aos serviços de saúde através de campanhas de comunicação; a implementação de medidas preventivas e garantia de acesso a vacinas e tratamentos necessários.

### 2.3.1 Mobilidade, cultura e saúde mental

Ao abordarmos as temáticas mobilidade humana e saúde mental, cabe destacar que esta correlação antecede os fluxos contemporâneos, ou seja, estão presentes no Brasil desde o contexto da escravidão. O tráfico de pessoas escravizadas para o país também trouxe quadros de melancolia e depressão profunda que afetava os indivíduos; em seguida, houve a parada de comunicação e a não alimentação. Os referidos escravos, por vezes, acabavam vindo a óbito. No Haiti, diante de uma indiferença pela vida, a vivência da extrema brutalidade presente no regime escravagista contribuiu com o aumento dos índices de suicídio. Estes atrelavam-se à concepção de que a morte, além de uma libertação, era uma forma de retorno à África, aliviando, assim, o sofrimento vivenciado (SILVA; PADILHA; LAMY, 2020, p. 9).

Ainda, alguns médicos do campo da psiquiatria têm observado que os imigrantes que chegam ao país de acolhimento a partir de 2002 possuem maior probabilidade de serem acometidos por distúrbios mentais do que aqueles que se deslocavam nos anos 1980 e 1990. Tal afirmação se dá mediante “as difíceis condições de trabalho, as novas leis que dificultam o reagrupamento familiar, os impedimentos impostos aos forasteiros não legalizados e as ameaças de prisão e deportação” (SILVA; PADILHA; LAMY, 2020, p. 9-10).

De forma complementar, Pussetti (2010, p. 98), baseada em demais discussões teóricas, menciona que o processo migratório por si só se apresenta enquanto um fator de risco, haja vista a perda de sete elementos na vida dos sujeitos, a saber: a família, os amigos, a língua, a cultura, a casa, a posição social e o contato com grupos étnicos e religiosos.

Diante de tal informação, faz-se válido pensarmos acerca do processo de ressignificação de tais elementos, e não, especificamente, a perda destes, sendo que atrelados à crise sanitária mundial ocasionada pela pandemia da COVID-19, também trouxe impactos no que se refere à saúde mental da população migrante e refugiada.

De acordo com a WHO (2022, p. 146), em uma entrevista com 30 mil indivíduos, dos que possuíam moradia fixa, cerca de 50% relataram níveis mais elevados de sintomas de depressão, preocupação, ansiedade e solidão, enquanto 20% relataram um aumento no uso de substâncias lícitas e ilícitas. Ainda, daqueles que encontravam-se nas ruas, cerca de 60% manifestaram níveis elevados de sintomas de depressão, preocupação, ansiedade e solidão, enquanto 40% referiram um aumento no uso de substâncias lícitas e ilícitas.

A partir de tais dados, é perceptível a fragilização da saúde mental dos sujeitos que se deslocam diante do contexto pandêmico. Aliás, historicamente, sabe-se que o processo de deslocamento, de um modo geral, traz impactos significativos na vida dos que o vivenciam. O motivo pelo qual partem, a chegada no país de acolhimento e o processo de adaptação ao novo ambiente envolvem processos psicológicos importantes, bem como podem constituir estressores em decorrência do que Dantas aponta enquanto um processo de “aculturação” (DANTAS, 2017, p. 62).

A aculturação<sup>11</sup>, segundo Dantas (2017), acaba por tornar-se um gerador de danos físicos e mentais, sendo uma das principais causas das problemáticas emergentes no campo da migração e da saúde mental. Em consonância, Martins-Borges (2013) percebe a cultura enquanto um elemento primordial no que se refere à

---

<sup>11</sup> A aculturação psicológica segundo Dantas (2017, p. 62) consiste em um processo de ressocialização pelo qual os indivíduos passam decorrente de uma mudança de contexto cultural. O contato contínuo com outra cultura representa uma ruptura expressiva do quadro de referência, sentido e pertencimento anterior. Não se trata, assim, de uma noção de “perda de cultura”, como seria condizente com o conceito de aculturação utilizado nas ciências sociais dos anos 1960 e 1970 para se referir a processos de incorporação de alteridades, como, por exemplo, as sociedades indígenas.



constituição psíquica dos sujeitos, outrossim, sugere que é na ausência desta que as vulnerabilidades psíquicas podem emergir.

Destaca-se no presente que determinadas áreas de formação, como por exemplo a psicologia e a psiquiatria, acabam por atrelar as manifestações em saúde mental vivenciadas pelos imigrantes a processos de ruptura, percebendo a aculturação enquanto um fator significativo ante ao adoecimento psíquico. Todavia, busca-se com a discussão aqui levantada apresentar as formas de análise existentes no campo da saúde mental a fim de refletir quanto a ideia de ruptura utilizada, concebendo o processo migratório diante de um constante estado de ressignificação, dotado de subjetividade.

Assim, diante das ressignificações presentes no contexto migratório, os imigrantes, de acordo com a literatura, podem se deparar com a desvalorização da diversidade cultural nos serviços de saúde mental brasileiro, o qual, de acordo com Ortega e Wenceslau (2020), vem sendo problematizado desde a década de 1980, tendo em vista a invisibilidade das dimensões sociais e culturais do sofrimento mental nas práticas profissionais.

Ainda, torna-se importante voltarmos o olhar para o peso do passado colonial, o qual, consoante Pussetti (2009, p. 34), mesmo silenciado, se manifesta através de muitos preconceitos e estereótipos, constituindo-se enquanto um elemento capaz de contribuir com o aumento exponencial de psicopatologias. Através de uma ligação histórica dolorosa, os sintomas, a linguagem do corpo e o sofrimento podem emergir, pois “o corpo doente aparece como um arquivo histórico, e os sintomas como histórias incorporadas que estabelecem a relação entre o nível individual e o coletivo, o presente e o passado”.

Em face da compreensão apontada pela literatura, de que a cultura possui significado importante na vida dos sujeitos e que sua ausência pode contribuir com o acometimento psíquico, Silva, Padilha e Lamy (2020) discorrem acerca da chamada Síndrome de Ulisses e/ou Síndrome do Imigrante com Estresse Crônico e Múltiplo. Para os autores, embasados em distintas literaturas, a ausência de apoio social sólido no país de acolhimento, atrelada ao choque cultural ocasionado pelos valores dessemelhantes, idioma diferente etc., pode levar os indivíduos ao denominado estresse de aculturação, que, associado a outros inúmeros sintomas psicopatológicos,

compõem a sintomatologia da referida síndrome (SILVA; PADILHA; LAMY, 2020, p. 12).

Diferentemente da doença, que possui causa determinada, o desenvolvimento de uma síndrome está relacionado a múltiplos fatores (SILVA; PADILHA; LAMY, 2020, p. 17). Dessa forma, tem-se uma problematização acerca do momento em que se compreende a Síndrome de Ulisses como uma enfermidade, visto que ocorre desvio de atenção do contexto político e econômico mais amplo, para se concentrar no indivíduo enquanto corpo despolitizado e naturalizado, passando, assim, a patologizar e homogeneizar a experiência migratória (PUSSETTI, 2017, p. 267).

Podemos destacar, novamente, a vigência de uma perspectiva biomédica no tocante dos atendimentos realizados junto aos serviços de saúde, os quais acabam por desconsiderar os fatores externos a realidade apresentada, indo ao encontro do processo de patologização e homogeneização descritos pelos autores.

Diante de tais contextos, a medicalização do social coloca-se enquanto uma prática comum. A partir da construção de uma imagem estereotipada do sujeito imigrante como paciente psiquiátrico, cujos problemas podem ser monitorados e resolvidos farmacologicamente, aqueles que migram podem ter sua experiência vivida medicalizada (PUSSETTI, 2017, p. 267).

A instabilidade que por vezes é vista enquanto um elemento de suas vidas passa a ser interpretada como uma anomalia e identificada como uma potencial psicopatologia, gerando a compreensão de que esses sujeitos estão predispostos ao desenvolvimento de distúrbios mentais (PUSSETTI, 2017, p. 267). Nesse sentido,

a representação da vulnerabilidade psicológica como característica intrínseca dos migrantes não toma ainda em conta a relação mais ampla entre sofrimento individual e experiência de exclusão, marginalização social, discriminação e precariedade das condições habitacionais e laborais, entre outros fatores (PUSSETTI, 2010, p. 94).

Desse modo, Silva, Padilha e Lamy (2020, p. 18) afirmam que

quando ocorre a medicalização de um problema coletivo, todas as instâncias responsáveis pelo mesmo se isentam de responsabilidades, aí inclusas as instituições, autoridades e até mesmo as próprias famílias, já que o problema se torna única e exclusivamente do indivíduo.

Ou seja, traz à tona o pensamento de que os problemas (sociais, culturais, políticos e econômicos) pré-existentes não são responsáveis pelo acometimento psíquico dos sujeitos.

Sayad (1998, p. 122) faz uma análise importante acerca da responsabilização dos imigrantes no que concerne ao seu processo saúde-doença. Ao olhar para a relação entre migração, sofrimento psíquico e adoecimento, questiona a real existência de problemas migratórios, trazendo a perspectiva de que estes podem estar mais relacionados com a sociedade e as instituições, do que unicamente com os sujeitos que migram.

Posto isso, salienta-se que

uma leitura medicalizante dos sinais e sintomas apresentados pelos imigrantes revela a possibilidade de se transformar os reais problemas diaspóricos em elementos passíveis de serem farmacologicamente controlados. A etiologia da síndrome de Ulisses tem suas raízes em problemas políticos, econômicos e sociais, não solucionáveis através de terapias e medicamentos. [...] passado o efeito do fármaco, os sintomas voltarão, pois seria como tratar a dor de um paciente que está com um espinho espetado no pé ministrando-lhe analgésicos, mas se recusando a extrair o espinho, a verdadeira causa daquela dor (SILVA; PADILHA; LAMY, 2020, p. 20).

Assim, deve-se destacar a ineficácia do uso de fármacos no tratamento da referida síndrome, haja vista que sua causa se constitui por múltiplos fatores, os quais poderão se agravar mediante a desresponsabilização das instituições pela garantia de políticas migratórias efetivas (SILVA; PADILHA; LAMY, 2020, p. 21), bem como o não acesso a serviços especializados.

A fome, a pobreza, a miséria e a discriminação não podem ser tratadas e/ou medicadas. Já as subjetividades e particularidades dos indivíduos devem ser percebidas diante do atendimento médico e multiprofissional no âmbito da saúde, corroborando o atendimento integral e equitativo, princípio doutrinário preconizado pelo SUS, e não contribuindo com a criação de uma imagem estereotipada do imigrante (PUSSETTI, 2017, p. 5).

Ademais, quanto à diferenciação dos deslocamentos e seus efeitos, Ventura e Yujra (2019, p. 78-79) discorrem acerca da grande carga de sofrimento mental presente na vida dos que migram, mas especialmente daqueles que necessitaram se deslocar de modo forçado, os refugiados. A crítica às práticas em saúde, em nível de

país, se dá em decorrência da priorização de outras demandas, invisibilizando o sofrimento e não oferecendo atendimento especializado.

Isto posto, Saglio-Yatzimirsky (2015) manifesta a discussão acerca das vivências traumáticas decorrentes da condição de refugiado, sendo que a maioria das migrações forçadas podem ser percebidas enquanto traumas extremos, visto que os acontecimentos que levam os sujeitos a se deslocarem são impregnados de horror. Complementarmente, a autora visualiza duas perspectivas do referido trauma – do trauma intencional e do trauma não intencional, identificando tal diferenciação enquanto importante no que concerne ao tratamento terapêutico. O trauma intencional refere-se a uma série de situações políticas e é causado pelo não intencional, acarretando uma perda cultural, real e simbólica em decorrência da inversão ou destruição das variantes antropológicas e das regras de organização familiar e social. Já o segundo pode estar relacionado com catástrofes naturais ou acidentes (SAGLIO-YATZIMIRSKY, 2015).

Diante disso, Achotegui (2012, p. 9) afirma a ineficácia dos sistemas de saúde em diagnosticar e/ou tratar adequadamente a condição aqui descrita, sobretudo em razão do desconhecimento do assunto, da banalização, do desinteresse e até mesmo do racismo. Dessarte, perante a inexistência de serviços de saúde mental especializados voltados à população que se desloca, bem como em função da incipiência nas capacitações das redes de saúde para o atendimento dessas questões, por vezes, o terceiro setor torna-se a única alternativa diante do acometimento psíquico. A partir disso, evidencia-se a ampla necessidade de qualificação dos serviços e de criação de políticas institucionalizadas a partir das três esferas do governo (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 80), reafirmando a concepção posta por Silva, Padilha e Lamy (2020) quanto aos desacessos.

Assim, defronte tantos elementos culturais, políticos e sociais, Yatzmisky (2015) propõe a abordagem transcultural em saúde, a partir de experiências empíricas, como uma alternativa eficaz no estabelecimento de vínculos e na elaboração simbólica na busca de uma ancoragem identitária, tendo em vista que a migração pode suscitar a desestabilização dos lugares de sentido e de cultura. Nesta mesma perspectiva, Moro (2015, p. 190) percebe a abordagem transcultural em saúde enquanto uma possibilidade de cuidado destinada “a todos aqueles que nos dizem

não serem escutados pelo sistema convencional, que nos contam uma série de mal entendidos culturais ou que são desrespeitados em sua singularidade”, conforme destaca

O conhecimento cultural compartilhado permite que o paciente se exprima através de recursos de linguagem, de mal entendidos, subentendidos e significações implícitas, o que é fundamental quando o sujeito aborda temas difíceis – a sexualidade, as relações íntimas entre homens e mulheres, entre pais e filhos, mas também, a religião, o sagrado, os sonhos.

Outro elemento importante a ser ponderado é a construção histórica de estereótipos em torno do adoecimento psíquico. Ventura e Yujra (2019, p. 80) discorrem sobre o impacto de tal fator no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, principalmente pelo público masculino. Em decorrência das representações sociais existentes acerca da loucura, muitos sujeitos não buscam pelos serviços de saúde mental.

Posto isso, Ventura e Yujra (2019) identificam algumas estratégias importantes a serem adotadas pelas equipes de saúde mental, buscando, para além do atendimento direto, a promoção de discussões e a ampliação dos debates acerca da saúde dos refugiados e demais migrantes. Trata-se da adequação e da democratização (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 80).

Acerca da adequação, salienta-se a construção de projetos terapêuticos voltados ao público supracitado, permitindo o fortalecimento de vínculos por meio da presença de sua rede familiar e/ou social. Ainda, a mudança na abordagem profissional é primordial, focalizando o atendimento na identificação da trajetória percorrida pelos sujeitos, compreendendo-os dentro de sua totalidade (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 80).

No tocante à socialização de informações acerca dos elementos constituintes do processo migratório, as autoras ressaltam a incorporação de temáticas voltadas para a interculturalidade, o combate à xenofobia e a quaisquer tipos de discriminação nas reuniões multidisciplinares, a fim de que se possam construir abordagens mobilizadoras e um espaço de acolhimento permanente. Também, a promoção de ações fomentadoras da cultura de paz e valorização do multilinguismo e da multiculturalidade, extrapolando as paredes dos equipamentos públicos de saúde e

adentrando outros serviços, apresenta-se como uma importante ferramenta de socialização da comunidade em geral.

Concebe-se que a adoção das estratégias destacadas colabora com a qualificação dos serviços em saúde mental, ampliando as perspectivas dos atendimentos ofertados. Ademais, Achotegui (2012, p. 10) reitera a necessidade de uma compreensão mais objetiva acerca da condição de saúde dos imigrantes e refugiados, haja vista a possibilidade de um diagnóstico errôneo, por exemplo, depressão ou transtorno adaptativo, devido à constante desvalorização dos sentimentos e de outras enfermidades presente na realidade vivenciada por estes.

Nesse sentido, deve-se atentar a dois importantes elementos sobre a problemática supracitada: no tocante à saúde mental, a não banalização dos sintomas, ou seja, a consideração das demandas apresentadas pelos usuários dos serviços. E no que se refere ao adoecimento psíquico, a não medicalização do social, deixando de lado a compreensão universalista e biomédica de que todos os que migram padecem de uma enfermidade mental (ACHOTEGUI, 2012, p. 11).

Igualmente, o funcionamento dos diagnósticos psiquiátricos pode ocasionar o controle dos corpos tanto por meio da opressão das experiências dos segmentos marginais e subalternos, quanto pela medicalização da diferença cultural ou pela exclusão social. Assim, a partir de uma leitura patologizante das diferenças, as características dos grupos minoritários, os quais também são compostos pelos que migram, passam a ser percebidas enquanto elementos potencialmente patológicos, passíveis de controle e monitorização (PUSSETTI, 2009).

Por conseguinte, ao basearmo-nos no senso comum e constituirmos a imagem de que toda migração é permeada pelo luto migratório, passamos a negar veementemente a existência dos aspectos positivos presentes no deslocamento. Na maioria das vezes, o fato de deslocar-se, de deixar seu país de origem, configura-se enquanto uma solução aos problemas vivenciados, porém, a mobilidade humana contém algumas problemáticas que podem, sim, gerar sofrimento e trazer danos futuros (ACHOTEGUI, 2012, p. 12).

Cabe ainda ressaltar que os modelos da medicina ocidental e o saber hegemônico da sociedade hóspede não contemplam as especificidades

experienciadas pelos sujeitos que se deslocam, fato que impede a sua sujeição em decorrência das diferenças apresentadas (PUSSETTI, 2009). Outrossim,

esta diferença é expressa através da utilização das categorias do sistema médico do contexto de origem; veiculada nas negociações de sentido que a doença sempre exige; e reproduzida num léxico da aflição muito particular. Os sintomas apresentados constituem assim um desafio na medida em que traduzem a procura Migrantes e Saúde Mental – A Construção da Competência Cultural de um sentido diferente do proposto pela biomedicina. Eles espelham outros paradigmas interpretativos, diferentes modelos médicos, outras modalidades de relacionamento com o mundo, o invisível, os antepassados, a dor, a morte, e as relações interpessoais. Estas manifestações sintomáticas – que falam de possessão por espíritos, vinganças, feitiçaria – são possivelmente interpretadas pelos médicos ocidentais enquanto problemas mentais ou neurológicos, mesmo quando os resultados dos testes clínicos são negativos (PUSSETTI, 2009, p. 38-39).

Sendo o fazer da medicina ocidental uma prática pautada pelo modelo biomédico, seus recursos e suas linguagens podem não oferecer a interpretação dos sintomas que os corpos dos imigrantes parecem buscar. Ou seja, um diagnóstico que é recebido pelo usuário com suspeição, desconfiança e resistência não proporciona possibilidades de significação, o que demanda de uma articulação entre o saber e as crenças individuais e familiares do paciente e o da biomedicina ocidental (PUSSETTI, 2009, p. 39). Em síntese, a identificação efetiva das demandas apresentadas pelos que se deslocam, juntamente da compreensão do contexto social vivenciado no país de origem e no país de acolhimento, considerando os DSS aqui já apresentados, compõem algumas das tantas construções relevantes no campo da saúde mental.

Por fim, conforme apresentado até este momento, o entendimento da mobilidade contemporânea em consonância às transformações identitárias, culturais, econômicas, sociais e de saúde, além da categorização do deslocamento diante da forma com que o imigrante adentra ao país, apresentam-se enquanto elementos constituintes do saber interdisciplinar. Nesse sentido, a presente discussão teórica buscou apresentar dados reais e atualizados que justifiquem a proposta de pesquisa apresentada, atestando a extrema necessidade de um olhar atento, humano e efetivo referente à temática da mobilidade humana no país.

## 2.4 Considerações metodológicas

Ao longo da construção da pesquisa, foi necessária sua reestruturação metodológica diante das demandas cotidianas apresentadas no cenário de coleta de dados. Assim como as vivências retratadas nos capítulos que seguem, a sua aplicabilidade e estruturação demandou ressignificação afim de abarcar as subjetividades existentes nos discursos.

Inicialmente, destaca-se que o cenário de pesquisa foi um hospital geral de alta complexidade, localizado no município de Passo Fundo, no Estado do Rio Grande do Sul, que é referência macrorregional, abrangendo uma população de aproximadamente 1.600.000 habitantes para atendimentos e procedimentos de alta complexidade em Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia, Terapia Substitutiva Renal, Oncologia e Hemodinâmica e que estruturalmente encontra-se em situação de ampliação e reestruturação.

Tendo em vista que a população imigrante, dentro de suas particularidades, vive um processo adaptativo em termos de pertencimento no país de acolhimento, a utilização da pesquisa qualitativa justifica-se ao passo em que, segundo Gil (2002, p. 41), “tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”, corroborando uma percepção difusa ao longo do processo de pesquisa, seja na observação cotidiana, seja nas escutas e entrevistas realizadas.

Ainda, metodologicamente utilizou-se da observação participante em razão da identidade híbrida que permeia a realidade da pesquisadora, que também assume o papel de colaboradora da instituição, atuando profissionalmente como assistente social no campo de coleta de dados.

De acordo com Ferreira e Fleischer (2014, p. 135), essa dupla identidade, de pesquisadora e de colaboradora, pode tornar-se um elemento facilitador no que se refere à observação das consultas e procedimentos realizados na instituição. Nesse sentido, fez-se necessária a construção de um olhar que possibilitasse apreender a realidade, transformando-a em dados, visto que “todo pesquisador deve estar preparado para observar e descobrir fatos novos que o obriguem a desconstruir ideias pré-concebidas”.



Assim, a utilização da observação participante colocou-se enquanto uma forma de compreensão da realidade apresentada pelos sujeitos de pesquisa e pelo espaço no qual se encontravam inseridos, demandando da pesquisadora o papel de observadora da situação social, a fim de realizar uma investigação científica, mas também, uma aproximação e vinculação, estabelecendo uma relação direta com seus interlocutores (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007, p. 70).

Além disso, a pesquisa qualitativa e a utilização da observação como método destacam-se como elementos significativos no campo da saúde, visto que

há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados por meio de perguntas ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados *in loco*, na situação concreta em que acontecem. Entre eles se incluem coisas como a rotina de um dia de trabalho, os detalhes do cuidado com o corpo, a maneira de comer e de preparar as refeições; o tom das conversas e da vida social ao redor das casas (ou em outros espaços que são objeto da pesquisa), a existência de hostilidades, de simpatias e antipatias entre as pessoas; a maneira sutil, mas inquestionável em que as vaidades e ambições pessoais se refletem nas reações emocionais dos indivíduos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007, p. 72).

Posto isso, buscou-se romper com os paradigmas existentes em torno da figura da pesquisadora, que, por vezes, é compreendida enquanto neutra e objetiva investigadora da realidade, e passível de total apreensão mediante treinamento científico. Para além de investigadora, a pesquisadora coloca-se enquanto integrante do processo de observação, dedicando-se ao “convívio e intercâmbio de experiências primordialmente através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar, experimentar” (FERNANDES; MOREIRA, 2013, p. 518).

A partir do emprego desse método, relações intersubjetivas passaram a ser construídas, rompendo com a utilização de instrumentais apurados/fechados, tendo em vista a necessidade de uma percepção ampliada das realidades que se apresentavam, assim como para com a complexidade existente no processo saúde-doença e nos deslocamentos humanos. Nesse sentido, a pesquisadora buscou identificar significados, representações, normas e relações existentes nos cenários vivenciados (FERNANDES; MOREIRA, 2013, p. 523).

Quanto à pertinência da temática abordada neste estudo, há relevância por se tratar de uma abordagem empírica pautada na integralidade do contexto vivenciado pelo imigrante, visando desmistificar os estigmas sociais construídos em torno dessa

população, bem como contribuir com a qualificação da práxis profissional na saúde, haja vista a necessidade de potencializar a educação permanente nesse campo e ampliar perspectivas teóricas acerca da atuação profissional na alta complexidade em saúde.

Foram abordadas 12 pacientes selecionadas mediante sua entrada no complexo hospitalar para acesso aos serviços ofertados, e indicadas com auxílio dos profissionais vinculados ao serviço, sendo consideradas as limitações físicas e psíquicas que pudessem impedir sua participação, como por exemplo, dificuldade de locomoção, baixo nível de consciência e coma.

Ainda, a coleta dos dados se deu por meio da realização de entrevistas individuais, acompanhadas e traduzidas, quando necessário, por intérpretes, sendo estas pessoas próximas das pacientes, ou colaboradores da instituição, como descrito no capítulo que segue.

Destaca-se que a entrevista é um instrumento privilegiado para a coleta de dados qualitativos, partindo do pressuposto da construção de diálogo entre entrevistadora e entrevistados. Consoante Minayo, Deslandes e Gomes (2007, p. 64), a utilização deste instrumento possibilitou “uma representação da realidade: ideias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos”, assim, favorecendo o estabelecimento de uma interação social.

A transformação dos resultados coletados a partir das entrevistas realizadas em resultados de pesquisa contou com a utilização de determinados procedimentos e mecanismos que garantissem o processo de sistematização e categorização das informações levantadas, possibilitando, desse modo, uma análise aprofundada (CAPPELLE; MELO; GONÇALVES, 2003).

Cappelle, Melo e Gonçalves (2003) destacam a análise de conteúdo e a análise de discurso como propostas teórico-metodológicas que podem ser utilizadas para a realização da análise de comunicações, as quais ultrapassam o status de simples técnicas de análise e compõem um campo de conhecimento.

Convém ressaltar que, embora alguns referenciais apontem para a similitude existente entre a análise de conteúdo e a análise de discurso, cada uma possui

significados e operacionalizações distintas, seguindo determinados princípios teóricos, fato que justifica sua utilização. No que concerne à reflexão discursiva, Orlandi (2020, p. 15) aponta que a etimologia da palavra “discurso” transcende os limites da gramática ou da língua, visto ser uma palavra em constante movimento e repleta de significados. Nessa perspectiva, busca-se através de sua utilização uma compreensão da língua enquanto algo que faz sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história (ORLANDI, 2020, p. 15).

Para além de uma visão abstrata, a análise de discurso abarca a língua em seu significado mais amplo e mais concreto, isto é, considera a produção de sentidos enquanto parte da vida dos sujeitos e relaciona a linguagem à sua exterioridade, compreendendo-a como espaço social de debate e conflito.

Ainda, a utilização da análise de conteúdo, a qual segundo Bardin (2011) configura-se enquanto um conjunto de técnicas de análise de comunicações que busca sistematizar e descrever de forma objetiva os fatos, fez-se presente por meio do processo de agrupamento dos dados coletados, viabilizando assim a constituição de categorias apresentadas ao longo da escrita.

Por fim, destaca-se que a presente pesquisa contou com a garantia de sigilo e aplicabilidade do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), documento este transcrito em quatro idiomas (português, espanhol, crioulo e francês), tendo sido aprovada previamente em Comitê de Ética.

### **3 ESPAÇOS E HISTÓRIAS: O FÍSICO, O PSÍQUICO E O SOCIAL**

A composição do espaço hospitalar percorre as entre linhas do adoecimento e do processo de recuperação. Homens, mulheres, em suas mais variadas idades, cores, crenças e raças, adentram as portas da instituição cotidianamente em busca de uma melhora dos sintomas que apresentam, sejam eles físicos ou psíquicos. Assim, faz-se importante caracterizar e destacar alguns elementos que possam dar concretude ao cenário de pesquisa.

#### **3.1 Percepções subjetivas acerca do processo de coleta de dados**

Lembro-me de transitar pelos corredores da instituição e de dialogar com colegas a respeito do desenvolvimento da pesquisa aqui descrita. Ao buscar espaços nos quais a coleta de dados pudesse acontecer, deparei-me com a fragilidade e a dificuldade de garantia de um ambiente acolhedor, seguro e sigiloso. Seria este um impeditivo para que a pesquisa ocorresse? Ou, indo um pouco mais além, seria uma realidade, que por vezes, enquanto profissionais, acabamos por banalizar?

Neste sentido, vale destacar o preconizado pela Política Nacional de Humanização (2013) no que concerne a promoção de espaços saudáveis e privativos, perpassando pela garantia de um acolhimento e fazendo interlocução com os princípios doutrinários do SUS, os quais devem compor a atuação dos profissionais de saúde. Concebendo que em uma perspectiva estrutural a pesquisa apresentaria suas limitações, foi necessário a viabilização de tais espaços, mesmo que em condições não tão adequadas.

Destaca-se que, estruturalmente, os leitos de enfermaria, que compõem as alas destinadas ao SUS, na instituição, contam com cerca de dois a quatro pacientes, mais seus acompanhantes/rede de apoio/familiares, os quais permanecem por dias, semanas e até meses no mesmo local. Neste espaço, laços e vínculos se constituem

e se fragilizam. Histórias e preocupações transcendem as condutas técnicas adotadas pelos e pelas profissionais que por ali, cotidianamente, transitam.

Ao passar pela porta, deparamo-nos com um local de cerca de 80 metros quadrados, com paredes e pisos brancos, duas a quatro camas colocadas lado a lado, um suporte para soro e uma escada ao lado de cada uma delas, assim como, uma cadeira para que o acompanhante possa permanecer durante todo o período de hospitalização do paciente. Malas e alimentos também ficam visíveis e ocupam o espaço que se torna casa, lar, mesmo que por um curto período de tempo.

Pessoas, homens e mulheres, vestidos de branco, colocam-se a beira do leito e realizam suas anamneses. O barulho é estarrecedor, afinal de contas, são muitas histórias, queixas e preocupações que emergem ao longo dos atendimentos realizados. O anseio por respostas, pela cura, por uma oportunidade de recomeçar a vida após a realização de tratamentos torna-se insignificante, diante do tecnicismo que se põem a frente.

Percebe-se a constante medicalização do ser, a qual, de acordo com Nascimento e Melo (2014), busca adequar comportamento e práticas em uma perspectiva de controle social, destinando-se a uma população específica.

Questiono-me, trabalhamos mesmo com vidas? Ou melhor, ao trabalharmos com vidas, temos a compreensão da complexidade que as perpassa? Esses questionamentos foram emergindo ao ponto em que pude me dar conta das características de cada um dos locais nos quais encontrei, partilhei e me aproximei de pacientes, que antes de ocuparem a condição de pacientes, ocupam a de seres humanos, dotados de conhecimento, de autonomia e de histórias.

A contenção em leito, a dificuldade de deambular, a necessidade de utilização de determinados equipamentos e insumos, por ora, atribuem a estes indivíduos uma identidade enferma. Amarrados em suas camas e aprisionados em um processo complexo, que é o de saúde-doença, os indivíduos vão perdendo características próprias, seus jeitos e trejeitos se reconstituem diante de um cenário amedrontador e suas identidades passam a transitar e a adquirir características de uma identidade híbrida.

Cabe destacar que a realidade dos pacientes que percorrem o espaço hospitalar transcende os saberes clínicos quando percebidas a partir de uma perspectiva humanizada, integral e ampliada. Para além da sintomatologia, o lugar de fala, as condições socioeconômicas, o contexto vivenciado, em suas mais diversas formas, implica diretamente na constituição de um plano terapêutico, na efetivação do cuidado, na concretização da cura, da recuperação.

O caminhar pelos corredores do hospital, com o passar do tempo, acaba por se tornar uma rotina diária e cotidiana, onde pessoas e situações passam despercebidas. Porém, quando se tem um paciente migrante adentrando as portas da instituição, o conhecimento do caso acaba transcendendo as discussões realizadas pelas equipes. Torna-se notícia, chega de forma fácil aos ouvidos dos profissionais.

Assim, identificar os pacientes migrantes hospitalizados, acabou por tornar-se uma tarefa relativamente fácil, visto que as demandas pela dificuldade de comunicação por parte da equipe médica batiam a porta do Serviço Social corriqueiramente. Ainda, ao analisarmos os prontuários, nos quais constavam os dados pessoais destes pacientes, o campo “nacionalidade” ou encontrava-se em branco, ou preenchido enquanto “brasileira”, denotando o não estabelecimento de diálogo por parte dos mais distintos profissionais quando trata-se da oferta de atendimento aos migrantes.

O estranhamento, os preconceitos, as concepções fragilizadas acerca do contexto no qual estes sujeitos encontram-se inseridos fazem parte da rotina de atendimentos a este público. Ferreira (2014) aponta uma discussão pertinente diante do desenvolvimento da prática clínica clássica frente as demandas apresentadas pelo público migrante, está colocada em xeque diante da interação entre médico e paciente, na qual se estabelece uma relação de confiança e desconfiança, proximidade e distância.

Meu primeiro atendimento a uma pessoa imigrante no hospital, foi com uma mulher haitiana, preta, gestante e que buscou atendimento sozinha. Minha avaliação foi solicitada em decorrência do não estabelecimento de comunicação, por parte das equipes, com esta. A partir deste momento dei-me conta de uma complexidade que

até então não havia me deparado. Uma complexidade que além de ser linguística, era social e psíquica.

Tal situação atingiu um nível maior na medida em a paciente só se comunicava em seu idioma nativo (criolo ou créole). Ao mesmo tempo, esse caso evidenciou a fragilidade da Rede de Proteção Social. Transcorridas algumas semanas, deparei-me novamente com a mesma paciente, que desta vez suplicava por auxílio do Serviço Social. Já com seu filho nos braços, apresentava os hematomas deixados por seu companheiro. Agora mulher, migrante, mãe e vítima de violência doméstica, buscava uma forma de manter em segurança a si e a seu filho.

Com o passar do tempo, ciente de que as demandas voltadas ao público que migra aumentariam, articulações, buscas e formações foram sendo necessárias. Mapear as redes de apoio comunitárias existentes em Passo Fundo fez-se de suma relevância para que pudéssemos, minimamente, estabelecer um diálogo preciso e eficaz ao longo do período de hospitalização de imigrantes, buscando identificar as expressões da questão social vivenciavam, assim como conhecer as histórias de vida que ali existiam.

Ao desenvolver a presente pesquisa no cenário em que atuo profissionalmente, tive que lidar com a sobreposição de papéis e identidades, enquanto pesquisadora e profissional da saúde. É possível me despir das práticas/perspectivas/procedimentos que regem a minha profissão e ocupar somente o local de pesquisadora? É necessário que isso ocorra? Ainda, os demais profissionais/colegas de trabalho e pacientes compreenderiam qual papel eu estaria adotando em cada momento?

Assim, ao longo do desenvolvimento das etapas previamente estipuladas, fui mapeando os participantes ao passo em que estes davam entrada na instituição. De forma breve, precisei dialogar com alguns colegas para que tomassem ciência do desenvolvimento da pesquisa, solicitando auxílio para identificação do público migrante. Todavia, a realização de entrevista, automaticamente, culminava na identificação de demandas e na necessidade de uma intervenção profissional.

Desta forma, de imediato respondo os questionamentos anteriormente levantados: não, não era possível e muito menos necessário que eu adotasse

somente uma identidade ao longo deste processo. Ouvir as histórias de vida dos sujeitos que participaram desta pesquisa fez com que muitas das minhas percepções profissionais se ampliassem.

Em consonância com tal reflexão, Ferreira (2014) partilha de sua experiência, no espaço da pesquisa, enquanto antropóloga e médica, apontando facilitadores e os dificultadores de adotar uma identidade híbrida neste cenário. Enquanto fato facilitador, destaca a não restrição de seu acesso aos sujeitos de pesquisa, inserindo-se de fácil modo nas consultas médicas realizadas com estes, situação esta que corrobora a realidade experienciada em minha/nessa pesquisa ao longo da coleta de dados. Todavia, a autora aponta como um dificultador o desenvolvimento de sua identidade médica, a qual a impossibilitava, por vezes, de manter uma neutralidade, passando assim a participar e se manifestar ao longo dos atendimentos realizados, situação tal qual a que me foi colocada.

Neste cenário, fez-se importante refletir acerca da mecanização e do tecnicismo que permeia o fazer profissional e a pesquisa na área da saúde. Seguir o roteiro previamente estabelecido, levantar os questionamentos necessários para a efetivação de uma anamnese, ou então, o mapeamento de um perfil, são prioridades diante do contato direto com os sujeitos, deixando de lado o processo de observação, participação e interpretação das realidades que se apresentam.

Ao nos aproximarmos do outro, necessitamos de tempo para que a vinculação ocorra, as histórias sejam contadas, a confiança entre profissional/pesquisador e paciente/interlocutor seja estabelecida. Tal afirmação é validada pela perspectiva de Caprara e Landim (2008), que destacam a necessidade de vinculação entre pesquisador e pesquisado e o desenvolvimento de espaços empáticos para sua interação, visto o alto grau de subjetividade apresentado ao longo das entrevistas/conversas.

Desta forma, a aproximação com os sujeitos de pesquisa ocorreu de maneira gradual. Muitas vezes, acompanhei os prontuários eletrônicos até que pudesse ter clareza dos motivos clínicos que traziam os sujeitos até a instituição, buscando compreender as principais queixas apresentadas por elas/es, assim como preparar-me para os possíveis questionamentos que poderiam emergir.



A cada novo paciente imigrante, um novo anseio surgia em mim. Enquanto pesquisadora, questionava-me como conduziria a próxima entrevista, pensando nos possíveis desafios que viriam pela frente, principalmente pela questão linguística que se colocava enquanto o maior dificultador da coleta de dados. Enquanto profissional, preparava-me para a necessidade de mais uma intervenção, ciente de que as demandas sociais poderiam surgir e de que, mais uma vez, seria necessário desempenhar a hibridez de minha identidade.

Nesse momento, as dimensões do físico, do psíquico e do social colocavam-se a prova. O físico era representado pelo corpo, pelas dores que transcendiam as palavras, pelas marcas em decorrência dos acessos venosos e dos tantos procedimentos realizados, pelas expressões faciais (de dor) ao deambular pelos corredores. O psíquico apresentava-se através das lágrimas que caíam ao nomear cada pessoa querida que foi deixada no país de origem, pela preocupação e a voz trêmula ao questionar quanto as possibilidades de permanecer no Brasil, pelo anseio em receber alta hospitalar e poder retomar suas vidas. O social, não tão visível, emergia na subjetividade das histórias contadas, nas vulnerabilidades vivenciadas (e muitas vezes, não compreendidas) e no fortalecimento das redes de apoio.

Encontrar-me com as/os pacientes fez com que minha percepção, enquanto profissional e pesquisadora, se transformasse, me permitindo vê-los de uma forma integral e não unificada, compreendendo a importância da interrelação entre o físico, o psíquico e social. Em cada encontro, um novo emaranhado de significados emergia, tudo era novo e incerto. Assim, fui me dando conta de que o roteiro de entrevista, previamente estabelecido, não daria conta de tamanha imensidão que viria pela frente.

Cada pergunta precisou ser realizada de uma maneira diferente, sendo adaptada de acordo com as necessidades apresentadas pelos sujeitos de pesquisa, fossem elas linguísticas ou de interpretação. Outras palavras, uma breve contextualização, utilização de exemplos, tradução com ajuda de interprete. Aquele era o momento em que eu precisava me ajustar, me adequar e me inserir em um contexto novo, distinto e dotado de significado.

Alguns elementos foram se repetindo ao longo dos minutos em que conversava com as/os participantes, cada palavra dita carregava a vida e a história de muitas pessoas e não apenas do sujeito que se colocava a minha frente. Era como se fosse impossível falar de si mesmo, sem lembrar do outro, sem lembrar do lar que ficara para trás e da casa, que agora vinha se tornando um novo lar.

Em muitos momentos, as entrevistas precisaram ocorrer em espaços compartilhados, como por exemplo, os leitos de enfermaria, haja vista as dificuldades estruturais destacadas anteriormente. Com isso, interferências aconteciam. Barulhos, necessidade de intervenção por parte das equipes, aplicação de medicações, orientações. Era a rotina hospitalar acontecendo ao redor, e as histórias de vida de pessoas imigrantes adentrando os meus ouvidos.

Recordo-me de um momento de extrema significância ao longo desse processo: o de reconhecimento. Uma das entrevistadas, ao se deparar com o intérprete, este colaborador da instituição e proveniente do Congo, sorriu e automaticamente começou a discorrer sobre as tantas e tantas vivências ocorridas até aquele momento. Ali, naquele sujeito, disse ver possibilidade de vida no Brasil.

Ao mesmo tempo, pude me perguntar, de que tipo de vida ela está falando? Após algumas palavras, me fez claro: uma vida digna, com garantia de acesso aos direitos civis, políticos e sociais, sem nenhum tipo de discriminação. Uma vida digna, que a possibilitasse estar perto daqueles que lá (no país de origem) ficaram, que lhe fosse segura e real.

Risos. Muitos risos surgiram ao longo das entrevistas, fossem eles pela tentativa da/o entrevistada/o comunicar-se em português ou pelas lembranças que emergiam ao longo do diálogo. Enquanto pesquisadora pude construir vínculos, estabelecer uma relação de confiança com as/os pacientes entrevistados, despir-me de algumas concepções técnicas, mesmo que por um momento, para que pudesse de fato compreender as realidades vivenciadas e experienciar a pesquisa em sua totalidade.

É importante destacar que a permanência das/dos entrevistados em âmbito hospitalar, que encontravam-se em processo de internação, foi de curto prazo,

impossibilitando a retomada de entrevistas e/ou um mapeamento de dados mais aprofundados acerca das percepções com relação a hospitalização. Todavia, as demandas levantadas inicialmente, seguiram-se até a alta hospitalar destes pacientes, possibilitando novos contatos, mesmo que de forma breve.

Assim, para além do levantamento de dados e da efetivação de um cronograma de pesquisa, foi possível uma aproximação e uma intervenção eficaz, contínua e integral ao longo do processo. Mapear realidades, realizar uma escuta atenta e qualificada, intervir profissionalmente e contribuir com o processo de recuperação das/dos sujeitos entrevistados fez-se de suma relevância para a efetivação do real propósito da pesquisa: compreender as principais demandas de saúde apresentadas pelos que migram, a fim de pensar estratégias interventivas viabilizadoras e garantidoras de direitos.

Ademais, destaco que, respeitando o sigilo presente no processo de pesquisa, cada entrevistada/o carregará um nome fictício ao longo da apresentação de seus dados, os quais estarão relacionados ao país de origem e em alguns casos, carregarão determinados significados.

### 3.2 Caracterizando os sujeitos de pesquisa

*Temos um paciente imigrante, que não se comunica em português, precisamos organizar a alta hospitalar, localizar familiares”,* é o que disse a equipe de enfermagem ao deparar-se com a situação do paciente Ramon. Ramon é proveniente do Paraguai, encontrava-se residindo no Rio Grande do Sul a pouco mais de dois meses, e logo passaria por um processo de adoecimento significativo e necessitaria retornar ao seu país de origem em decorrência das sequelas que se apresentaram.

Diagnosticado com meningite, permaneceu cerca de seis dias em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta, sozinho, sem contato com qualquer familiar ou rede de apoio. Ao ser transferido para a enfermaria, acabara por receber a visita de seu pai. Ao serem convidados a participar desta pesquisa, concordaram e usaram deste momento para esclarecer dúvidas e conhecerem os seus direitos, afinal de contas,

Ramon precisaria receber cuidados e contar com auxílio de terceiros para suas atividades diárias.

Apresentando pouca compreensão do português, Ramon elucida o contexto de vida prévio. Deslocado para o Brasil em busca de melhores condições de vida, aceitou uma proposta de emprego voltada no ramo frigorífico, com promessa de um bom salário e inserção no mercado de trabalho formal. Frustrou-se ao perceber que se encontrava em uma condição insalubre, atuando profissionalmente por cerca de doze horas, e não recebendo qualquer tipo de remuneração, visto possuir dívidas com seu chefe referentes ao transporte para chegar ao estado, estadia e alimentação.

Ramon foi o único paciente imigrante homem que passou por internação hospitalar durante o período de coleta de dados. Com demandas de saúde significativas, recebeu, juntamente de seu pai, orientações da equipe multiprofissional acerca dos cuidados necessários após sua alta. Ciente da gravidade e do risco social em que se encontrava, optou por retornar ao país de origem. Agora, dependente de cuidados de terceiros, buscaria novas formas de adaptar-se à realidade vivenciada.

Tal história carrega um compilado de significados. A busca por melhores condições de vida, a exploração de mão de obra, o processo de adoecimento, a necessidade de adaptação pré e pós migração, o retorno ao país de origem. Assim, fez-se importante trazê-la, mesmo que de forma breve, para que mais uma vez não passasse despercebida.

Todavia, conforme destacado abaixo, o público entrevistado é predominantemente feminino, assim como, em sua maioria, composto por gestantes e/ou puérperas, denotando uma importante relação entre gênero e saúde, norteadas as discussões a serem realizadas ao longo da presente escrita.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa

<b>Nome Fictício</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>País de origem</b>	<b>Tempo de migração</b>	<b>Estado civil</b>
Ramon	18	M	Paraguai	02 meses	Solteiro
Zuri	33	F	Haiti	01 ano e 04 meses	União Estável
Bintu	37	F	Senegal	05 anos	União Estável
Kieza	34	F	Haiti	05 anos	União Estável
Luená	26	F	Haiti	03 anos	União Estável

Lovelie	35	F	Haiti	04 anos	União Estável
Imani	37	F	Haiti	02 meses	União Estável
Darline	34	F	Haiti	04 anos	União Estável
Aura	66	F	Venezuela	06 meses	União Estável
Yelitza	23	F	Venezuela	10 meses	União Estável
Maritza	30	F	Venezuela	02 anos e 06 meses	União Estável
Luz	19	F	Venezuela	01 ano	Solteira

A predominância do público feminino coloca-se enquanto um importante assunto a ser tratado ao longo das análises de dados da presente pesquisa, levando-nos a refletir acerca do acesso aos serviços por parte deste público, assim como os motivos que as levam até o atendimento de alta complexidade em saúde.

Mulheres, em sua maioria vindas do Haiti (total de seis), acabaram por necessitar de atendimento junto a Unidade Hospitalar em decorrência do processo gestacional, seja para a realização de parto, ou então, para o tratamento e acompanhamento de patologias que emergiram ao longo da Gestação. Salienta-se que, com exceção de Sra. Aura, a qual possui diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC), e realiza tratamento dialítico semanalmente, as demais mulheres citadas ao longo deste texto encontravam-se gestantes no momento da coleta de dados.

Diferentemente das pacientes advindas da Venezuela, as pacientes haitianas e senegalesas, encontravam-se ou desacompanhadas ou acompanhadas de seus parceiros, os quais realizavam a tradução dos questionamentos feitos pelas equipes e esclareciam, dentro do possível, os motivos pelos quais estavam buscando atendimento, visto que essas mulheres aparentemente só se comunicavam em crioulo haitiano (no caso das haitianas), wolof (no caso das senegalesas) e francês (em ambos os casos).

Ainda, os parceiros colocavam-se enquanto rede de apoio de referência destas mulheres, permanecendo em âmbito hospitalar por alguns períodos em que não precisavam estar no trabalho, recebendo as informações necessárias e repassando às pacientes, fato que atribuiu às mesmas uma condição de passividade no que se refere a participação do processo de hospitalização, haja vista a necessidade de

intervenção de terceiros para que pudessem compreender as rotinas e intervenções realizadas.

Em contrapartida, as pacientes venezuelanas vinham acompanhadas de outras mulheres, fossem mães, irmãs ou amigas, as quais apresentavam-se enquanto rede de apoio naquele momento. Por falarem espanhol como idioma nativo, sua comunicação com as equipes era mais eficaz, tornando-as participantes ativas do processo de hospitalização e garantindo uma maior compreensão acerca dos procedimentos realizados.

Oliveira e Silva (2017) discorrem acerca do fator linguístico intrínseco ao processo migratório. Compreendendo a comunicação como um elemento fundamental para o exercício da cidadania e a constituição de vínculos sociais no país de acolhimento, destacam que a falta de intérpretes e de tradutores qualificados acaba por impedir que estes sujeitos tenham acesso a recursos e a serviços fundamentais, o que vai ao encontro da realidade que observei.

Partindo da concepção de comunicação enquanto um direito humano fundamental para imigrantes, o contato mediado das pacientes com os profissionais acaba por fragilizar a compreensão acerca de suas situações de saúde e de doença. Neste contexto, Alanen (2009) reitera a necessidade de disponibilização dos serviços de tradução, visto que privar os sujeitos do acesso linguístico, “ameaça a dignidade humana, exacerba a vulnerabilidade inata de muitos imigrantes e prejudica a sociedade em geral ao impedir a eficácia dos sistemas de saúde e justiça” (ALANEN, 2009, p. 93).

Diante da garantia de espaços de acolhimento e humanizado no âmbito dos serviços de saúde oferecida pela legislação, assim como da viabilização de acesso aos direitos civis, políticos e sociais por meio de intervenções realizadas, é de suma importância um olhar atento para situações como essas, visto que

embora não exista uma obrigação das autoridades estatais com os direitos humanos em usar todas as línguas nos serviços oferecidos pelo Estado, existe uma necessidade de abordar os casos mais sérios que podem resultar em desvantagem e exclusão devido a questões linguísticas e culturais, sobretudo nas áreas jurídica e médica (OLIVEIRA, SILVA, 2017, p. 135).

Posto isto, busca-se refletir acerca da violação de Direitos Humanos que se apresenta, visto que ao se encontrarem na condição de não entendimento acerca dos procedimentos e atendimentos realizados, as/os pacientes migrantes acabam por perder sua habilidade de entender e ser entendido, não tendo consciência e conhecimento claro com relação aos seus direitos (OLIVEIRA, SILVA, 2017).

Aura (66 anos, Venezuelana), portadora de Doença Renal Crônica, conta com os cuidados e acompanhamentos diários de sua filha haja vista a necessidade de comparecer ao hospital três dias por semana para realizar hemodiálise. Quanto a entrevistei necessitou de auxílio da filha para compreender e responder as questões que apresentei.

Foi a primeira paciente da Venezuela com quem não consegui estabelecer um diálogo claro, sem o auxílio de um intérprete. Ao perceber a compreensão limitada de Sra. Aura com relação aos seus direitos, novamente coloquei-me na posição de Assistente Social, buscando formas de garantir o acesso a informação de maneira que ela e sua familiar pudessem ter maior conhecimento acerca destes.

As dificuldades linguísticas enfrentadas em interações com imigrantes internacionais apontam para a necessidade de priorização de práticas profissionais pensantes. Considerando a inviabilidade de contratação de trabalhadores bilingues nas instituições, e/ou de intérpretes com conhecimento dos idiomas dos pacientes, a constituição de vínculos por meio de outras formas de diálogo, como o olhar, o toque e a empatia, torna-se uma possibilidade interventiva e uma possibilidade de estabelecimento de vínculos e acesso a cuidados (YUJRA, VENTURA, 2019).

Assim, supor que os imigrantes devem adaptar-se à língua oficial do país de acolhimento, eximindo o Estado, seus órgãos e as instituições de viabilizarem e garantirem o acesso a formas de comunicação eficazes, no que tange o acesso aos serviços, culmina em uma concepção normativa de suas vidas sociais.

Considerando a relação bilateral entre profissionais e usuários, o processo de responsabilização pelas barreiras linguísticas que se apresentam nas interações entre pacientes imigrantes e profissionais da saúde, também deve ser visto a partir dessa dualidade. Ao ser responsabilizado por conquistar rapidamente a habilidade do novo

idioma, o paciente também detém da necessidade de que os serviços e os profissionais lhe viabilizem ferramentas para que possam comunicar-se e terem o seu direito à saúde garantido (YUJRA, VENTURA, 2019).

O aumento dos casos de atendimento a imigrantes em que profissionais e pacientes experimentam dificuldades linguísticas tem levado equipes de unidades de saúde a se articularem com membros das comunidades de imigrantes, apoiadores brasileiros, e contatos chaves nos países de origem formando redes de voluntários, disponíveis para auxiliar com a interpretação e tradução de informações, assim como para o deslocamento e acompanhamento de pacientes com rede de apoio escassa ou inexistente. Esse tipo de ação vem se consolidando como procedimento de adequação ao contexto de despriorização de políticas de comunicação (Yujra de Ventura 2019).

Para saber quais voluntários acionar, as equipes de atendimento primário fazem perguntas às pacientes imigrantes sobre sua experiência migratória e sua situação no Brasil (emprego, residência, situação conjugal, relações com familiares no país de origem, etc.). Falar sobre o processo migratório em meio ao processo de hospitalização, em um primeiro momento, soava um tanto quanto estranho para as pacientes. Porém, após os questionamentos iniciais, se tornou possível a constituição e o estabelecimento de vínculos, assim como, a viabilização e a garantia de acesso a informações e serviços.

### 3.3 Os que ficaram para trás e os que agora fazem-se presentes

No decorrer das escutas realizadas, discursos similares emergiram, principalmente aqueles relacionados à família. Em seus relatos, todas as pacientes entrevistadas afirmaram terem deixado no país de origem seus familiares, irmãos, tios, pais e/ou filhos, à procura, segundo elas, de novas oportunidades. Algumas já contavam com rede de apoio no Rio Grande do Sul, outras deslocaram-se na companhia de seus maridos e necessitaram recomeçar suas vidas. Em busca de sanar dificuldades vivenciadas por aqueles que ficaram, tais mulheres, mensalmente, enviam-nos determinados valores para auxiliar nas despesas básicas, principalmente com seus filhos.



Este contexto, de acordo com Paula Dornelas (2020, p.139) faz parte das chamadas relações transnacionais de pertencimento, as quais denotam uma importante vinculação entre as imigrantes e aqueles e aquelas que permaneceram no país de origem, manifestando um processo de ressignificação nas relações socialmente estabelecidas.

Ainda, Renó, Kebbe e Silva (2008) ao discorrem acerca da ideia de família transnacional apontam para o fato de que mesmo distantes uns dos outros, os sujeitos que integram esse núcleo acabam por manterem-se juntos em decorrência do sentimento de bem-estar coletivo constituído e da capacidade de elaborar e reelaborar várias formas de identificação social. Ainda, diante dos mais variados rearranjos existentes neste contexto, tem-se a busca pela manutenção da família ante a construção do sentimento de pertencimento.

Luz (19 anos, venezuelana) era uma dessas pacientes. Com apenas 19 anos, encontrava-se acompanhada de sua mãe no momento da internação. Referiu ter enfrentado dias difíceis para que pudesse, finalmente, adentrar o país. Sendo a única mulher da família na Venezuela e tendo viajado por cerca de quatro dias, após o falecimento de sua avó, sem manter qualquer tipo de contato, na época ainda não tinha conhecimento de sua gestação. Na Venezuela, acabara por deixar seu irmão, o qual conta com auxílio financeiro de familiares vivendo no exterior para que consiga se manter no país.

Assim como Luz, Kieza (34 anos, *Haitiana*) destaca a necessidade de envio de valores aos familiares que lá ficaram, assim como aos que encontram-se residindo no estado do Paraná “*Ganho dinheiro aqui mas mando pra lá. Todo mês. Tem pai Haiti. Eu tenho mais familiar, mãe, pai, irmã. Haiti muito ruim, tem problema política. Tem guerra, entre os haitianos mesmo. Tem muito problema.*”

Neste sentido, Dornelas (2020) afirma que, mesmo estando em outro país, a conexão com a sociedade de origem não deixa de existir, passando a ser reforçada a partir de determinados aspectos, como o emocional, relacionado as conexões culturais entre estes, e o material, que perpassa o envio de remessas entre os países. Assim, o fenômeno de envio de recursos financeiros, pode fomentar a manutenção e criação de redes transnacionais de migrantes, alterando hierarquias (sociais e de

gênero) e configurações familiares, principalmente quando tais remessas são dispensadas por mulheres.

Tal ação, segundo Ciurlo (2014, p. 137) refere-se também à lealdade sobre as obrigações familiares e vínculos de reciprocidade, laços que adquirem uma importância significativa na vida dos que migram. Os chamados “compromissos transnacionais” colocam-se enquanto uma forma de agradecimento para com aqueles que auxiliaram e auxiliam o migrante no processo de deslocamento e também, de acordo com o autor, constituem um elemento essencial nas estratégias de capitalização da migração. Em consonância, Mejia e Carazotto (2016) destacam que, se tratando do Haiti, um terço do orçamento da Ilha é financiado por parte dos indivíduos que migram, denotando o processo de transnacionalismo vivenciado por estes, o qual se constitui pelas relações sociais multissituadas.

No que tange aos aspectos emocionais, a maternidade e o sentimento de pertencimento, quando questionada acerca do sentir-se uma integrante da sociedade brasileira, no país de acolhimento, Luena (26 anos, *Haitiana*), com auxílio de um intérprete, refere dificuldade de ver-se nesta posição. Na ocasião da entrevista, descreveu como nota a constituição de uma família no país, a qual está sempre reunida, próximo aos seus filhos, realidade que entende ser distante da sua. A paciente deixou no Haiti, além de seus pais, três filhos. Na data da entrevista, ainda gestante, via no processo gestacional e no nascimento do filho uma possibilidade de reunir-se a eles novamente (por meio da autorização para residência), tendo o sonho de migrar para outro país e poder levá-los com ela.

No tocante à maternidade, outras sete entrevistadas, assim como Luena, deixaram seus filhos nos países de origem sob os cuidados de terceiros, denotando um rearranjo familiar diante do processo migratório. Neste sentido, Dornelas (2020, p. 112) reflete acerca da maternagem transnacional, processo este por meio do qual as mulheres migram de forma autônoma e sem a companhia dos filhos, sendo que no local de origem, esse cuidado acaba por ser delegado para outras mulheres –em sua maioria, parentes– ou para mulheres mais pobres.

Assim, em tais dinâmicas transnacionais de transferência de cuidados, aparecem questões para além do auxílio financeiro por meio das remessas. Mesmo

com a distância geográfica, as mulheres não abandonam as responsabilidades maternas, sendo que por vezes podem apresentar

sentimentos de vergonha e desesperança, além de uma culpabilização pelo deslocamento, baseada em construções sociais e normas morais que definem quais são os papéis maternos e o que seria uma “boa mãe”. Sob essa percepção, a migração sem os filhos, por exemplo, representaria um rompimento com expectativas morais e sociais sobre a maternidade ideal (Dornelas, 2020, p. 112).

Tais sentimentos apareceram na fala de Luena, do início ao fim de nossa conversa. Com o desejo de ter seus filhos próximos, manifestou sentimento de preocupação e tristeza com a atual situação, identificando a distância de seus filhos como o único problema vivenciado no país, atualmente, e questionando quanto às possibilidades de deslocá-los do Haiti para o Brasil, referindo ao intérprete as situações pelas quais já passou para que pudesse tê-los por perto. Ainda, o intérprete de Lovelie denota o planejamento realizado para que sua filha de 09 anos possa estar próximo a ela no Brasil

*O único problema é as crianças, os filhos que estão lá é isso que está afetando mais ela e que às vezes degrada um pouco a qualidade de vida dela, a qualidade de saúde. Ela tá contando dos filhos que ela entregou mil oitocentos dólares americanos pra um cara pra trazer os filhos aqui e depois entregou seis mil reais pro outro né? E eles ali pra roubar o dinheiro, mas eles não fazem serviço. Lá, eles moram com a tia e mantém contato todos os dias... Os filhos dela se estão aqui ela fica superfeliz (INTÉRPRETE, Congolês).*

*Tem uma (filha) e já começar ver o valor pra ver tudo é minha filha né? Só que ela tem filha mais velha não é não é minha filha, só que eu a ajudo a cuidar. Ela tem hoje nove ano minha filha. É aí eu já começar a preparar o documento dela pra ela vim aqui junto com nós (INTÉRPRETE, Haitiano)*

Desse modo, o deslocamento, que emergiu enquanto uma forma de buscar novas oportunidades e melhorar sua qualidade de vida, diante de expectativas e das percepções acerca dos papéis sociais e de gênero, bem como do sentimento de solidão e desamparo, passa a ser percebido enquanto um processo de

responsabilização e culpabilização, ora pela maternidade “não ideal”, ora pelo fato de ter migrado e os deixado para trás, indo na contramão do ideário de uma “boa mãe” (DORNELAS, 2020). Em consonância, Lovelie, através de seu interprete, destaca o planejamento realizado para que em breve possa trazer sua filha para o país, reiterando o contexto transnacional existente na maternidade.

As tensões destacadas por Dornelas (2020), no que se refere a maternidade transnacional relacionam-se ao fato de essas mulheres estarem no país de acolhimento, mas desejarem estar no país de origem em decorrência dos vínculos afetivos previamente construídos, bem como, se atrelarem aos planos para que o deslocamento de seus filhos ocorra.

Assim, a distância física destas redes sociais acaba por marcar suas trajetórias migratórias, estando também para além da maternidade, como no caso da mãe de Luz, a qual ao participar indiretamente da entrevista manifestou tristeza com o fato de não estar próxima de sua mãe para prestar os cuidados necessários ao longo de seu processo de adoecimento. Ainda, Kieza (*34anos, Haitiana*) quando questionada acerca de como sentia-se no país, referiu estar triste, visto que se encontra longe de sua mãe e gostaria de vê-la.

Nesse cenário, a noção de família acaba por se configurar de modos variados, haja vista que o que as mulheres imigrantes identificam como núcleo de suas famílias passa também pelas distintas relações afetivas constituídas ao longo do processo migratório.

Bintu (37 anos, senegalesa) relaciona o núcleo familiar com o sentimento de pertencimento ao país de origem, visto que encontra-se junto de seu filho e seu companheiro “*A minha família faz eu me identificar com alguém do Senegal, eu acho. Só que minha casa eu considero que é no Senegal. Meu filho, meu marido, todo mundo falam língua do nosso país lá em casa, a comida é geralmente, 80% da comida que faz vem do país*”. Desta forma, pra além de laços consanguíneos, a identidade nacional e a existência de uma rede de apoio e colaboração perpassam aspectos simbólicos de extrema relevância (VASCONCELOS, 2010).

Imani (37 anos, haitiana), Darline (34 anos, haitiana) e Luena (26 anos, haitiana) ao serem questionadas quanto à composição do núcleo familiar, referem que atualmente residem com seus companheiros e amigos/as, os quais também vivenciam o processo migratório. Assim, evidencia-se que o cenário de deslocamento se apresenta enquanto um contexto dinâmico de construção e reconstrução de redes sociais e familiares, alterando aspectos centrais da vida dos sujeitos, como os profissionais, culturais e políticos (Ciurlo, 2014).

Yelitza (23 anos, Venezuelana), ao falar sobre a forma com que se sente vivendo no Brasil, destaca a saudade que sente dos que ficaram, em especial de seu pai e sua mãe

*Bom, eu tô bem, com saudade do meu pai e da minha família que ficou lá na verdade. Quando pensamos né na família quando eu me criei com meu pai e com meus irmãos lá minha mãe ela tem oito anos aqui eu tinha oito anos e meio sem ver ela. Mas eu sou apegada ao meu pai. Quando eu me lembro da saudade que eu sinto... Mas ele (referindo-se ao companheiro) eu acho que ele sente pior porque ele não tem ninguém aqui. Só eu e nossa filha. Aqui tenho minha mãe e dois irmãos.*

O processo de adaptação na sociedade receptora passa pelos laços já constituídos no país de origem e se atrela à constituição de redes no Brasil, denotando uma simultaneidade no estabelecimento das relações e conexões, bem como uma complementariedade entre o “aqui” e o “lá” nas experiências transnacionais (Ciurlo, 2014).

Sentir-se pertencente e/ou bem e feliz no país de acolhimento, assim como a noção de núcleo familiar, manifestam-se como derivações de experiências decorrentes das vivências de cada sujeito. Imani, Darline e Luena identificam que as redes não consanguíneas também compõem o ideário de família, não deixando para trás e/ou substituindo as relações constituídas no país de origem, mas ressignificando suas relações no país hospedeiro.

Nesta perspectiva Machado (2014) reitera que os deslocamentos acabam por implicar em transformações nas estruturas de parentesco, apontando para uma diferenciação no que tange a constituição do núcleo familiar, este visto a partir das

relações consanguíneas. Assim, a transformação, mesmo que lenta, de amigos em irmãos coloca em choque o ideário construtivista entorno da parentalidade, rompendo com a construção universal e biológica entorno deste e dando vasão as novas redes de parentesco que se constituem e passam a viver uma experiência familiar.

#### 3.4 Deslocamentos, questões socioeconômicas, o acesso ao mercado de trabalho e a permanência no país hospedeiro

O processo de deslocamento ocorre de maneiras distintas para cada mulher entrevistada. São múltiplos os fatores que as motivaram a se deslocarem, como no caso de Yelitzza, que ao falar sobre os motivos pelos quais deixou a Venezuela, destacou a preocupação e o medo que acabara por vivenciar

*Minha família tem dinheiro, eu também podia ficar lá e trabalha lá e perto da fronteira. Também morei lá na cidade porque eu nasci lá, me criei lá. Mas minha família tem comércio fronteira. Que também tem casa lá na cidade, então ia pra lá... E minha família tem como conseguir trabalhar dinheiro... Mas governo estava perseguindo, praticamente assim estava assim onde eu percebi por causa de um problema com garimpo na mina. E aí tava sendo perseguido e aí por causa disso foi. Porque não era pra eu sair de meu pai. Ninguém de minha família ia sair. Toda família tá lá, tem caminhão, tem carro, tem casa, tem tudo igual eu, teria tudo, mas tu vai querer vim porque se ficava podíamos morrer.*

O medo colocou-se, neste caso, enquanto o principal motivador do deslocamento. Deixando parte de sua família para trás, a paciente agora busca novas formas de viver no país de acolhimento.

Por conseguinte, conforme destacado ao longo da revisão de literatura, a inserção no mercado de trabalho acaba por colocar-se, em distintas perspectivas teóricas, enquanto um dos motivadores do deslocamento populacional. Neste contexto, Muller (2019, p.96) aponta para a utilização de tal categoria como uma forma de “homogeneização das formas de expressão das razões para migrar”, fato que pode acarretar na invisibilidade de outros aspectos e camadas (culturais, religiosas, políticas e existenciais) existentes no contexto migratório.

Desta forma, ao olharmos para as narrativas apresentadas pelas interlocutoras, percebemos os significados atribuídos ao trabalho por cada uma, o qual faz relação com a busca por melhores condições de vida mas também emerge enquanto uma possibilidade de fortalecimento dos vínculos transnacionais constituídos e atrela-se aos demais elementos constituintes do processo migratório.

Yelitza, ao falar sobre sua vivência atual no contexto laboral, refere que não se encontra inserida no mercado de trabalho, evidenciando tal situação como uma mudança significativa em sua vida, referindo a falta de ter sua autonomia financeira como tinha na Venezuela e a impossibilidade de realizar atividades informais em decorrência de sua gestação atual, conforme destaca *“Eu fazia faxina só que depois que foi que engravidei parei. Parei já precisando trabalhar depois, né? Pra poder sobreviver porque nós temos duas crianças mais”*.

No que concerne à realidade laboral das interlocutoras, somente quatro pacientes encontravam-se inseridas no espaço formal, desempenhando funções como Auxiliar de Produção em frigoríficos e Auxiliar de Cozinha, obtendo remuneração média mensal de R\$1.800,00. Ainda, seis delas encontravam-se desempregadas e uma inserida no mercado de trabalho informal.

Paula Dornelas (2020) discorre acerca da desvalorização e precarização das ocupações laborais comuns às mulheres migrantes, assim como a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho em decorrência da ausência de documentação necessária para entrar no país ou para a realização de trabalhos formais, denotando um cenário de não reconhecimento dessas mulheres enquanto sujeitas políticas e de omissão dos Estados no que se refere a garantia de acesso a direitos.

Dentre as 11 mulheres entrevistadas, 5 delas possuíam formação superior no país de origem nas áreas de enfermagem, pedagogia e engenharia de produção, sendo que 3 destas, atualmente, encontram-se atuando profissionalmente enquanto auxiliares de produção em frigoríficos e 2 delas não estão inseridas no mercado de trabalho. Tais informações corroboram com o exposto por Muller (2019, p. 101) o qual refere que

A bagagem de formação e de experiência laboral dos imigrantes contrasta, assim, com os postos de trabalho de baixa qualificação que ocupam, no caso

da região norte do Rio Grande do Sul e oeste de Santa Catarina e Paraná, sobretudo na indústria metal-mecânica (em linhas de montagem de peças de ônibus e equipamentos agrícolas), de insumos para a construção civil (em fábricas de cimento) e na indústria alimentícia (em frigoríficos).

Luena, uma das migrantes que atua profissionalmente enquanto auxiliar de produção, ao referir-se ao trabalho, destaca que *“É difícil ter um trabalho decente no Brasil, não dizemos que o trabalho de Auxiliar de Produção é indecente, mas um trabalho como o dele...”* citando como exemplo de um trabalho “decente” o cargo ocupado pelo intérprete, também migrante que atua profissionalmente como farmacêutico. E complementa *“É difícil isso e também a questão de integração, a língua, isso também muda um pouco todo a história, o contexto”*.

Neste sentido, novamente a dificuldade de comunicação coloca-se enquanto uma barreira de acesso a direitos. Destaca-se que no contexto migratório algumas situações como a necessidade de vistos específicos e procedimentos como a revalidação de diplomas, o qual é burocrático e caro, também se apresentam enquanto dificultadores para o acesso ao trabalho formal e/ou a cargos com melhores remunerações (DORNELAS, 2020). Destaco que ao longo das entrevistas, a socialização de informações quanto a validação documental colocou-se enquanto uma das principais demandas apresentadas pelas interlocutoras, visto que é através e tal procedimento que identificam a possibilidade de inserirem-se em outros cenários laborais.

Bintu (37 anos, Senegalesa), Mestre em Geografia, discorreu acerca das percepções que tem com relação ao mercado de trabalho, tanto no país de origem quanto no Brasil

*Na verdade eu, como a gente fala né, cada um tem o motivo dele né, mas lá no Senegal eu tinha problema com relacionamento, com questão financeira, eu tava trabalhando na administração como responsável de meio ambiente, trabalhei também com algumas projetos de desenvolvimento humano, ganhava bem, trabalhava bem também, eu só parei só na hora que tava grávida, pra cuidar o filho, como era primeiro eu parei o serviço e depois marido também, desde início de casamento ele tava aqui (no Brasil) eu tava no país (Senegal). Pedi pra mim vim aqui fica com ele, como casamento é pra vida inteira né, eu larguei tudo e vim pra cá com minha família. Ele sim, veio pelo trabalho, porque na verdade eu consegui por causa do estudo né,*



*ele o estudo dele não é de faculdade né, é mais fácil pra ele conseguir aqui, as coisas que ele consegue aqui ele não consegue lá. Pra ele aqui é melhor.*

Mesmo diante do acesso à fonte de renda proveniente do trabalho laboral realizado, a paciente destaca o desejo de migrar novamente *“Na verdade, eu penso em voltar pro país, eu com meu filho e meu marido, eu não to pensando em morar aqui definitivamente, vou escolher outro país, Canadá ou Europa. Mas Brasil na verdade eu conheço crise, não ajuda muito estrangeiros.”* Ademais, compreende que ao deslocar-se e deixar o Brasil, poderia buscar outras formas de atuação profissional

*Lá (Canadá) é mais fácil pra mim, eu estudei francês, tenho mestrado. Quando eu vou lá eu não vou fazer esse serviço que to fazendo aqui. A inserção lá no mercado de trabalho é mais fácil pra mim que aqui, porque aqui mesmo se você fala a língua sempre a gente está com dúvida, será que a gente vai conseguir esse serviço, será que ela vai conseguir comunicar, será que ela vai conseguir escrever direitinho. E você não tem outra alternativa.*

Deste modo, é possível refletir acerca dos papéis sociais previamente estipulados aos que migram, no contexto laboral. Ao ocuparem cargos de baixa remuneração e que pouco demandam de comunicação, em decorrência do não domínio da língua portuguesa e/ou formação profissional não reconhecida no país, acabam deparando-se com um cenário de desvalorização e com os estigmas e estereótipos associados, por vezes, à nacionalidade diversa (DORNELAS, 2020).

Ciurlo (2014) reitera tal contexto, trazendo à tona a discussão em torno da divisão sexual do trabalho, que também perpassa a lógica das migrações. De acordo com o autor, a designação de trabalhos informais, com baixas remunerações e com o que ele chama de “descrédito social” está diretamente ligada ao público feminino. Desempenhando atividades repetitivas e alienantes, as mulheres entrevistadas acabam por não compor outros espaços ocupacionais, estando condicionadas a um contexto de precarização e desvalorização.

Todavia, mesmo diante deste cenário, por vezes o mercado de trabalho brasileiro também é visto como possibilidade de melhora das condições de vida destes

sujeitos, assim como oportunidade de prover cuidado aos familiares que ficaram para trás.

O cuidado, historicamente designado ao público feminino, é percebido por Ciurlo (2014), no contexto migratório, enquanto fruto das cadeias transnacionais de relações, as quais se entrelaçam a uma rede social construída sobre hierarquias geracionais, sociais e de gênero, que moldam os arranjos familiares e acabam por responsabilizar as mulheres ao deixarem “vácuos de cuidados” nos países de origem.

Nesse contexto, Darline, também auxiliar de produção, aborda o trabalho em seu discurso enquanto um elemento fundamental para sua permanência no país, reiterando a lógica das relações transnacionais no que concerne o auxílio para com a família e destacando sua percepção com relação à necessidade constante de estar bem, fisicamente, para o desempenho de suas atividades laborais

*Aqui não precisa, melhor pra tudo, se eu trabalhar né? Eu não tenho problema porque tá tudo começou a me respeitar eu não tenho problema aqui eu vou trabalhar. Porque eu cuido da minha família, eu se eu tenho problema como eu vou trabalhar pra minha família? Agora eu tenho filho, eu vou cuidar ele e o marido.*

Nessa narrativa, a concepção de que a paciente é a responsável pelo cuidado para com os outros nos faz refletir acerca do ideário que permeia o ato de cuidar, este historicamente designado as mulheres. Dornelas (2020) discorre sobre esta concepção, reiterando o sentimento dicotômico que se apresenta, haja vista que o provimento de cuidados, no caso supracitado, está relacionado à família residente no país de origem e a família construída no Brasil, sendo de compreensão da paciente a necessidade de manter-se inserida no mercado de trabalho para garantir a oferta de cuidado a ambas.

A concepção de trabalho e das relações que se constituem a partir dele, também se coloca enquanto uma percepção subjetiva, tendo em vista a vivência individual de cada participante. Ainda, nota-se que a preocupação com a condição socioeconômica do núcleo familiar emerge enquanto um fator importante no que se refere o acesso ao mercado de trabalho, visto que nas concepções apresentadas,

será através da atividade laboral remunerada que poderão auxiliar, financeiramente, os que ficaram.

Mesmo diante da ocupação de cargos insalubres e alienantes e de suas invisibilizações, tais mulheres seguem a luta cotidiana em busca de melhores condições de vida, para si e também para os outros com os quais possuem vínculos. Mejia e Carazotto (2016) e Handerson (2015) ao discorrem acerca do contexto vivenciado pelas imigrantes haitianas, referem que para além do envio de valores/remessas aqueles mais próximos que permanecem no país de origem acabam por aguardar pelo momento em que serão buscados e levados ao país hospedeiro, fazendo com que tal ato configure-se enquanto um valor moral da pessoa diáspora.

### 3.5 Transnacionalização da fé: a manutenção da religião e da religiosidade no país hospedeiro

Como destacado previamente, é perceptível ao longo das falas o envolvimento e cuidado ofertado por parte de conhecidos, vizinhos e/ou amigos, também migrantes, denotando a existência de uma rede social fortalecida no país de acolhida. Tal relação também emerge ao longo dos discursos relacionados à religião e à religiosidade, sendo os espaços de cultos o local no qual as crenças e a fé transcendem a nacionalidade e emerge um sentimento de pertencimento.

Indagar as interlocutoras acerca de suas crenças e vivências religiosas perpassa pela ideia de identificar de que forma os sentidos atribuídos a religiosidade foram ressignificando-se ao longo da vivência cotidiana no país hospedeiro. Ainda, buscou-se dar visibilidade aos modos com que tais relações vão se constituindo juntamente dos demais imigrantes com os quais as entrevistadas estabelecem relações, assim como, mapear se estes elementos se apresentavam enquanto formas de minimizar os sentimentos emergentes ao longo da hospitalização.

Bintu, que passara por uma gestação de alto risco, quando questionada acerca das celebrações religiosas que manteve em sua vida após migrar para o Brasil, discorre acerca da data dedicada a Amadou Bamba (Magal de Touba), realizada

anualmente no dia 18 do safar (segundo mês do calendário muçulmano), buscando formas de explicar o significado por trás deste momento, explicitando a aproximação entre migrantes senegaleses em diferentes cidades e a possibilidade de participação de todas as pessoas que nelas residem

*Relacionada a uma pessoa, que possa considerar... que é considerado um santo que a gente considera no nosso país né, que foi levado pelos colonizadores pra vários lugares, ele ficou lutando bastante por causa das coisas muçulmanas, e graças a Deus... não tinha muitas pessoas com ele que voltou dessa viagem, a maioria deles ficou lá, e esse dia que ele voltou foi a data que a gente comemora sempre.*

*Nessa festa tem que fazer leitura alcorão, que é nossa bíblia como você, e bastante comida oferecer pra gente, não precisa ter dinheiro, convidado ou não, todo mundo pode ter, de manhã até noite, as vezes se é lá no país pode se vários dias. Não precisa nem comprar água, todo mundo está dado. Mas o dia de comemoração é um dia, só tu pode... tem convidados que ficam contigo vários dias.*

Desta forma, considerando as contribuições de Romero (2021) acerca dos rituais de devoção vivenciado pelos senegaleses mourides, o mesmo destaca a elaboração de um processo identitário religioso e cultural por parte destes, os quais possuem enquanto referência diferentes rituais de interação, produzindo novas articulações, as quais lhes permite “ressignificar vínculos com seus referenciais simbólicos e culturais de origem, no âmbito de uma complexa densidade histórica diáspórica transnacional” (ROMERO, 2021, p.291).

Ainda, a paciente fala sobre os encontros semanais, aos domingos, para a leitura do alcorão e a celebração da cultura muçulmana “*Como aqui, em Marau todo domingo a gente reúne e faz a leitura do alcorão, dividir as coisas que a gente tem, comida, muitas coisas a gente prepara. Lá em Marau tem a casa de um senegalês que é mais grande, a gente se reúne pra ficar lá*”.

Assim, a aproximação da comunidade, através do Magal de Touba, coloca-se enquanto uma possibilidade de fortalecimento das relações sociais, de conhecimento da cultura e da religião dos imigrantes senegaleses, e da constituição de vínculos. Ademais, os encontros entre os senegaleses locais emergem enquanto uma forma de

manutenção de crenças e celebrações consideradas importantes para estes, dando “ênfase na memória e tradição oral sobre as ações e trajetórias de seus guias religiosos” (ROMERO, 2021, p.291).

Neste cenário, Marinucci (2014) nota o simbolismo presente na dimensão religiosa a partir do contexto migratório. De acordo com o autor, tal recurso pode ser utilizado enquanto uma forma de enfrentamento das mudanças emergentes do processo de transição, visto que “a dimensão religiosa pode dar um importante suporte psicossocial, oferecendo proteção diante das adversidades, ajudando o migrante a reinterpretar e dar sentido à sua biografia, resgatando sua dignidade e favorecendo o processo de diálogo e incorporação na sociedade de chegada (MARINUCCI, n.p.)”

A dimensão social presente no ato de deslocar-se, pode abarcar os sentimentos de culpabilização e tristeza descritos diante do afastamento físico das redes constituídas no país de origem, sendo assim os aspectos religiosos colocam-se enquanto um recurso simbólico que oferece sentido as novas experiências vivenciadas e em determinados casos, apresentam-se como um suporte para a promoção de espaços de acolhimento e socialização (MARINUCCI, 2014).

A participação em espaços religiosos apresentou-se de maneiras distintas ao longo das entrevistas realizadas. Kieza e Imani relataram a frequência semanal em encontros religiosos destinados apenas aos migrantes haitianos e Luena, até o momento da entrevista, referia não frequentar espaços religiosos em decorrência do desconhecimento com relação as igrejas voltadas para a religião adventista.

No que concerne a vivencia da religiosidade pelas imigrantes haitianas, Mejia e Cazarotto (2016) identificam a religião enquanto um dos pilares do cotidiano no Haiti, a qual passa a adquirir nova significação no contexto de adaptação no país hospedeiro. Ainda, destacam que ao reunirem-se, as e os imigrantes haitianos buscam celebrar seus rituais religiosos na língua nativa, identificando que as igrejas acabam por ocupar “uma função notável no sentido de manter a ligação simbólica com o Haiti” (MEIJA, CARAZOTTO, 2016, p.187).

Assim, percebe-se que a religião se coloca enquanto uma instância de construção de vínculos na vida das interlocutoras, as quais dedicam parte de seus dias, juntamente de seus familiares, a participação de espaços religiosos, aproximando seus corpos e suas consciências em torno do sentimento do sagrado (MEIJA, CARAZOTTO, 2016, p. 187).

Ainda, diante do processo migratório, as instituições religiosas acabam por constituir um espaço de redes e trocas, o qual a comunidade haitiana, em alguns casos, acaba por recorrer em busca de auxílio. Destaca-se que tal contexto não se coloca enquanto uma situação presente nos relatos das interlocutoras, mas emerge enquanto um fator recorrente ao longo dos atendimentos realizados no âmbito hospitalar, principalmente nos casos em que os sujeitos atendidos não detêm de rede de apoio e/ou familiares, corroborando ao cenário apontado por Meija e Carazotto, no que tange ao espírito de solidariedade presente no contexto religioso.

Ademais, o acesso aos espaços religiosos pode se apresentar enquanto uma possibilidade de reviver aquelas relações primárias típicas do contexto familiar, recebendo conforto espiritual e, inclusive, social e material (MARINUCCI, 2014). Bintu, em busca de formas para amenizar o anseio vivenciado em decorrência da hospitalização de sua filha, após nossa conversa, utilizou da religiosidade para que juntamente de seu companheiro e de um líder religioso, pudesse realizar o ritual sagrado que perpassa o batismo, o qual ocorre ao sétimo dia de vida, quebrando protocolos institucionais historicamente engessados e mantendo vivo o simbolismo existente em sua cultura, mesmo que diante de uma negativa de parte das equipes.

### 3.6 A saúde do imigrante como um direito humano e um dever do Estado

Ao longo dos momentos em que estive junto das mulheres imigrantes que se encontravam hospitalizadas e aceitaram participar desta pesquisa, pude identificar distintas formas de compreensão em torno do significado da palavra saúde. Ainda, o acesso à saúde pública e gratuita se colocou enquanto um fato de extrema relevância quando comparado aos cuidados de saúde no país de origem.

De forma breve e conceitual a OMS define saúde enquanto um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Tal percepção, de acordo com Langa (2022, p.101)

É irreal e utópica por aludir à ideia de perfeito bem-estar, visto que tais expressões trazem uma forte carga subjetiva, bem como por separar e distinguir as dimensões física, social e mental da existência humana com se houvesse clivagens entre elas e, unilateral por exprimir uma cosmologia ocidental, ignorar as visões de mundo de outros povos.

Como exemplo, o autor menciona a compreensão existente em torno do bem estar na cultura africana, destacando que

Estar de boa saúde é sinônimo de estar em paz e harmonia com seus antepassados, com familiares e vizinhos. Tal harmonia implica a existência de um equilíbrio não apenas entre os indivíduos, mas entre esses, a sociedade e suas distintas instituições, bem como entre as pessoas e a natureza (LANGA, 2022, p.101)

Assim, pensar em saúde implica na percepção e subjetiva dos sujeitos, compreendendo-os a partir de suas vivências e experiências, assim como entendendo tal conceito enquanto um “direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica” (MARQUES, ASSIS, DRESCH, NUNES, 2016, p. 01).

Para além de uma perspectiva teórica, as falas das mulheres imigrantes entrevistadas carregavam um sentido maior: o de acesso a um direito humano atrelado à percepção e aos significados dos vínculos e laços estabelecidos, assim como aos motivos pelos quais saíram dos países de origem, dando concretude às suas subjetividades.

Neste contexto, Yelitza, Luena, Zuri, Bintu, Lovelie e Aura destacam suas percepções com relação ao acesso a saúde em seus países, realizando comparações com o sistema de saúde brasileiro e apontando os aspectos positivos e negativos destes

*Em Venezuela? A gente tem que comprar tudo. Pra levar pra hospital. Até o lençol que você vai usar na cama, gastar com tudo assim. Cama, luva, seringa. Tem que comprar porque o governo rouba tudo. Chega medicamento no hospital. Mas aí dividem tudo e já depois os pacientes têm que comprar. E aqui graças a Deus não gasta um bolívares, digo real né, bolívares é na Venezuela. Tudo de graça, desde que chegamos aqui. É muito bom. Muito bom. É verdade. É cada coisa que eu fico, meu Deus do céu. Lá na Venezuela é muito diferente. Aqui a gente tem como suprir a necessidade do paciente, né? Se o paciente não tem, a gente procura e arruma e faz alguma coisa pra ajudar o paciente. E lá mandaram fazer esse exame no meu filho há dois anos, só que nunca consegui dinheiro pra fazer. E era muito caro, era em dólar. E a parte não é só o tratamento, senão de cada vez que tu ver a consulta tem que pagar trinta ou quarenta dólares na consulta. Imagina três? (Yelitza, 23 anos, Venezuelana).*

*Lá as condições são bem precárias, às vezes vem pro atendimento, tem que sentar no chão porque não tem onde sentar, não tem o que comer e às vezes um soro tu tens que comprar. Numa farmácia e às vezes tem gente que morre porque não tem um atendimento adequado (Luena, 26 anos, Haitiana).*

*O médico de Haiti é bem bom, mas o sistema tem um colapso, por isso o colapso come todo o povo bom, tudo, exemplo, não são gente boa, o colapso come todo, tira boa, tira coração boa de povo, todo mundo é fica sempre pra ganhar dinheiro, não ajuda bem o outro. Mas aqui no Brasil o sistema de saúde é muito bom, top (risos). Aqui é bem melhor, exemplo, se eu não levanta hoje, não tenho nada na carteira, não tenho dinheiro, não tenho nada, se eu me sentir mal é só ir lá no posto, gente vem falar comigo, pressão, olha coisa básica. Mas se tem uma coisa a mais ela me envia pra outro médico, mas no Haiti, mesmo no hospital de estado, público, tem uma taxa pra pagar quando chegar lá. Falta uma coisa, falta luva, falta medicação, falta médico. É pouco, mas se você não tem nada, tem que pedir pra outro. Mas aqui, não precisa nada, é por isso quando uma pessoa chega aqui você tem que trabalha pra ajuda governo também, quando uma pessoa trabalha, governo tira uma taxa, um imposto pra ajuda no sistema do brasil, por isso o estrangeiro entra no brasil tem que trabalhar, o governo ajuda, tem que ajuda o governo também. (Zuri, 33 anos, Haitiana).*

*Tem particular e pelo SUS também como aqui, mas eu fiz particular (referindo-se ao último parto), mas na hora de ganhar eu fiz SUS mesmo no hospital. É o mesmo sistema, mas se você tem condição de pagar você paga, porque tem as clínicas que são privadas, mas tem hospital normal assim que quando você precisa acessar, pode ser que não seja 100% gratuitos né, alguma coisa tenha que pagar. Não é fácil, fácil como está aqui, de acessar, o sistema de saúde gratuito, aqui é mais fácil acessar do que no país mesmo. Eu sei que quando uma pessoa está doente tem direito a acessar os direitos de saúde, e os medicamentos que são disponíveis pelo sus ele pode acessar, e alguns exames que o sus pode cobrir ele tem direito, acho que isso. Eu sempre falo que aqui a gente bem cuidados, a saúde por ser fácil, vou falar do meu caso, eu nunca sofri por sentir que sou estrangeiro no sistema de saúde, sempre fui bem tratada, bem cuidada mesmo, então pra falar com eles tem que falar a verdade também, aqui não tem nenhum problema de saúde que a gente encontra, onde eles querem acessar uns serviços ta bem fácil, gente cuida de gente também, não tem discriminação. (Bintu, 37 anos, Senegalesa).*



*Sim. Porque lá muito é difícil. Eu falando com um amigo meu aqui do Brasil, o que eu estou gostando do Brasil? Aqui no Brasil é muito diferente. As pessoas cuidam da vida das pessoas. A doutora, o hospital cuida, cuida, cuida. Lá no Haiti tem um hospital clínico hoje. Se você for lá, não tem um responsável, não tem umas pessoas, você me conhece sabendo que você vai morrer. Tô falando sério. Você deve sofrer mais. Eu sempre tenho eu tenho filha, eu sempre levava na clínica. Se foi lá, pegar um filho desse tamanho, todo mundo vai passar, todo mundo vai passar. Ó, lá assim, se as pessoas não sentem nada, não fui ao hospital. Tem umas pessoas que têm gripe, que gripado, tem febre, ficar esperando passar e não foi hospital. Hoje Haiti é mais difícil porque o serviço lá é difícil o hospital público. Se uma pessoa está muito grau muito doente assim você sempre procura um clínico, vai à clínica, e vai gastar o dinheiro pra fazer tudo isso. (Lovelie, 35 anos, Haitiana).*

*Só vinimos para cá também por isso (pelo acesso à saúde), lá Venezuela é muito ruim. Ela tem pressão muito alta, hemoglobina muito baixa. Trouxemos ela num médico para fazer exame e aqui foi que começou fazer hemodiálise, aqui em Passo Fundo. É muito ruim essa situação, governo, política, medicina, saúde é muito ruim. Aqui gosta mais, pela questão de na Venezuela ser mais difícil. Lá tinha que ir até a cidade, tinha uma dificuldade que aqui não tem (Intérprete de Sra. Aura, Venezuelana).*

Os relatos destacados constroem uma fragilidade do acesso à saúde de forma gratuita nos países de origem (Haiti e Venezuela), esta que acabou por motivar Aura a se deslocar para o Brasil em decorrência da gravidade de seu quadro clínico e da impossibilidade de acessar o tratamento especializado que demanda, sendo que alguns meses após sua vinda, seu irmão também adentrou as portas da instituição em decorrência do mesmo quadro.

Com diagnóstico de DRC em estágio avançado (estágio V), a paciente necessita de um acompanhamento multiprofissional periódico, o qual lhe custaria altos valores caso acessasse de forma particular na Venezuela, ou ainda, lhe custaria a vida caso não possuísse recursos financeiros para tal e não conseguisse deslocar-se para o Brasil.

Ouvi-la falar sobre as dificuldades vivenciadas junto ao sistema existente no país de origem fez com que eu me questionasse acerca das possibilidades e formas de acesso à saúde no Brasil. Ainda, mesmo que o acesso ao sistema de saúde brasileiro ocorra de forma gratuita e em uma perspectiva universal, de que tipo de acesso estamos falando? Podemos ter a compreensão de que há um sistema de saúde fortalecido e pronto para abarcar as demandas emergentes no contexto da

migração internacional? Tais questionamentos emergiram ao passo em que, durante seu tratamento, pude perceber a ineficácia da comunicação com essa paciente em decorrência da barreira de linguagem destacada anteriormente.

Faz-se necessário, nesse contexto, pensar a saúde para além da ausência da doença, compreendendo e identificando os determinantes sociais que permeiam a realidade destas mulheres, os quais dizem respeito a aspectos familiares, sociais e econômicos, e refletindo acerca da responsabilidade do Estado em assegurar o acesso a saúde de forma gratuita, bem como os demais direitos (civis, políticos e sociais) visto que de acordo com Ventura e Yujra (2019, p. 37)

Restringir os direitos dos imigrantes aumenta sua vulnerabilidade e cria ou amplifica iniquidades relacionadas à saúde, ao passo em que reconhecer esses direitos facilita a integração, previne custos sociais e sanitários a longo prazo, e contribui para o desenvolvimento econômico e social do país de acolhida.

Ainda, a vinculação com os serviços de média e alta complexidade emerge no discurso de Bintu e Zuri, as quais destacam uma percepção positiva com relação ao acesso aos atendimentos ofertados, sendo que Bintu frisa a noção do princípio de universalidade e a não discriminação no contexto da assistência recebida no município de Marau, no que diz respeito a obrigatoriedade do Estado na promoção de direitos.

Desta forma, vale destacar que, na perspectiva dos Direitos Humanos, a saúde de uma pessoa se relaciona com o grau de realização de seus direitos, como por exemplo, o direito à participação social, o de estar livre e livre de qualquer discriminação, à informação, entre outros. Para tanto, o fato de o imigrante não ter seus direitos assegurados pode prejudicar a saúde do indivíduo ao mesmo passo em que a viabilização da saúde em condições adequadas, como as destacadas por Bintu, pode melhorar a efetividade dos demais direitos (VENTURA, YUJRA, 2019, p. 37).

Em uma perspectiva inversa e vivenciada na realidade do município de Passo Fundo, a dificuldade de acesso à atenção primária em saúde colocou-se enquanto

uma barreira destacada por Lovelie. De acordo com a paciente dentro do fluxo previamente estabelecido pelo serviço de referência, de agendamento de consultas médicas através de ligação telefônica e um número baixo de atendimentos disponíveis (10, conforme relato), a mesma refere que

*Pra ligar é difícil, pra marcar uma consulta é difícil, as vezes liguei, liguei, liguei e não passa. Na hora você, na hora passou, já dez pessoas já foi dez pessoa, tem que deixar pra outro dia. Não, consegue marcar, daí se tem o posto de saúde já falou que tem que ir lá no hospital porque não vai pode atende a gente, aí tem que ir lá mas enquanto elas chegar tem mais um problema, vai dar só um remédio e ele vai mandar pra tu voltar lá no posto de saúde.*

Vale destacar que uma das hipóteses desta pesquisa sugeria o não costume de esta população adotar medidas preventivas e de promoção a saúde, recorrendo aos serviços somente em casos emergenciais ou em fases avançadas da doença. Porém, mesmo diante da inexistência de políticas públicas de saúde voltadas a população imigrante, percebe-se uma alta procura pelos atendimentos ofertados na Atenção Primária, mesmo diante dos fatores limitadores destacados por Lovelie.

Aqui, o acesso é inviabilizado pela demora na oferta do atendimento em decorrência do fluxo estabelecido pelo respectivo serviço. Assim, o atendimento em cenário de alta complexidade (como os hospitais) acaba por ser uma alternativa, conforme destacado por Lovelie. Todavia, tal serviço não se coloca enquanto referência para atenção e promoção de saúde nos casos de baixa e média complexidade, fator que pode contribuir para o agravamento do processo saúde-doença visto a ausência de oferta efetiva de prevenção e recuperação na atenção primária.

Para além do contexto da ausência de informação, este compreendido por Granada, Carreno, Ramos e Ramos (2017) enquanto um dificultador de acesso aos serviços da atenção primária por parte dos imigrantes haitianos, a demora do atendimento e a dificuldade de acesso, que pode ocorrer em decorrência de múltiplos

fatores como o baixo número de consultas ofertadas e os canais limitantes de agendamento, apresentam-se enquanto algumas das principais reclamações deste público.

Todavia, diante da dualidade existente nos discursos aqui apresentados, a avaliação positiva dos serviços por parte destes imigrantes também emerge enquanto um dado relevante, tornando tal percepção heterogênea e decorrente de vivências individuais e subjetivas.

Ainda, foi perceptível ao longo das escutas realizadas uma compreensão por parte das entrevistadas e/ou intérpretes no que tange o acesso aos equipamentos de saúde para além do atendimento médico, como por exemplo, a viabilização de medicamentos, tratamentos e exames através do SUS. Porém, por mais que estas saibam identificar tais possibilidades, também notam a fragilidade dos meios disponíveis para acessar esses direitos. Isso ficou evidente ao passo em que ao término de cada entrevista todas as mulheres solicitaram que eu as orientasse em relação ao acesso aos direitos e serviços, momento em que novamente me revestia do papel de assistente social, fornecendo atendimento e aconselhamento seguindo os protocolos previstos para esses casos<sup>12</sup>.

Quando questionadas acerca do conhecimento prévio com relação aos direitos que possuem no Brasil, destacam uma percepção incipiente, com base nas informações que tinham até o momento. Kieza, Darline e Luena, por exemplo, relataram o desconhecimento do SUS e dos direitos dos imigrantes, referindo ainda não conhecimento sobre e a lei de migração. Ademais, Yelitza e Zuri destacam

*Si, porque escrevi atrás do documento, a pessoa que tinha documento pode fazer isso, pode fazer isso, tem uma nota atrás do documento do brasil. Mas não faz leitura de tudo direito que nós temos, mas eu sei que nós temos um pouco, bastante coisa igual brasileiro tem. Não conheço (referindo-se a lei de migração). Eu tento fazer uma leitura, mas não consigo terminar, porque pra entende bem melhor tem que colocar, tem que fazer uma tradução, do*

---

<sup>12</sup> Que consiste nos Protocolos Operacionais Padrão (POP) desenvolvidos pelo Serviço Social a fim de nortear a prática interventiva no que se refere as socializações entorno do acesso aos direitos sociais dos pacientes atendidos.

*português pro francês, pra entende bem, mas demora muito. (Zuri, 33 anos, Haitiana).*

*É ali no protocolo de que nos deram aí fala que o direito que tem. Aí me fala que eu tenho é isso aí (referindo-se ao acesso a saúde). E ninguém pode atender pra cima contra mim porque aí me fala tudo isso aqui. Eu falo sempre, quando ninguém pode criticar nem falar de nós, e nós tem mesmo direito de vocês, eu sou imigrante né? Aí me fala que eu falei pra ela que tem o mesmo direito de qualquer um (Yelitza, 23 anos, Venezuelana).*

*Na verdade, sei as coisas que importa né, que tu vai ler, como se comportar, como fazer, as coisas assim, se você precisa de alguma coisa você pesquisa pra ver (Bintu, 37 anos, Senegalesa)*

Cabe refletirmos acerca dos motivos pelos quais existe uma compreensão limitadora com relação as legislações e políticas públicas brasileiras. Zuti e Yelitza, ao falarem sobre o fato de terem os mesmos direitos que os brasileiros, possuem dificuldade de nomeá-los. Ao me ouvirem, referem conhecimento sobre o acesso à educação, saúde e assistência social, mas não sabem nomear os órgãos responsáveis e as formas de acesso.

Nesta perspectiva, Silva e Bento (2021, p.184), se referindo ao acesso ao mercado de trabalho e a incompreensão quanto aos direitos trabalhistas no Brasil por parte de imigrantes venezuelanos, identificam a barreira linguística enquanto algo inerente a esse problema. Ainda, Waldman (2011, p. 94), ao analisar o acesso a saúde por parte dos imigrantes e o desconhecimento existente em torno dos equipamentos disponíveis, reitera a compreensão de que o não domínio da língua coloca-se enquanto uma barreira para tal, impossibilitando o acesso à informação até mesmo sobre os riscos a que estão sujeitos.

Assim, novamente emerge a questão linguística. Seria ela um dificultador para que os imigrantes, no Brasil, tenham seus direitos viabilizados? Qual o papel dos profissionais de saúde diante do contexto de violação de direitos sociais dessa população? Institucionalmente, o que nos cabe, enquanto profissionais, para que nossas práticas em saúde garantam o acesso as informações necessárias para sanar as demandas sociais emergentes?

São muitos os questionamentos que me faço ao deparar-me com esta realidade. A existência de legislações que asseguram os direitos dos indivíduos não preconiza equipamentos suficientes para sua viabilização e efetivação no contexto

migratório. Ainda, percebo a fragilização existente no que tange a disseminação e socialização de informações, sobretudo sua indisponibilidade em idiomas distintos.

Isso posto, no capítulo que segue elencarei e analisarei os principais motivos que levaram minhas interlocutoras a buscarem atendimento no espaço hospitalar, bem como suas compreensões acerca de seus diagnósticos e do acompanhamento que receberam.

### 3.7 Acometimentos de saúde e processo gestacional: os motivadores de acesso a alta complexidade e o processo de significação

Ao longo das entrevistas, ao serem questionadas quanto aos motivos pelos quais se encontravam hospitalizadas, poucas das pacientes apresentavam compreensão das comorbidades prévias que possuíam. Relacionar o processo de hospitalização com o período gestacional acabara por ser o mais corriqueiro no cenário do qual me inseri, em decorrência do elevado número de gestantes entrevistadas. Para tanto, de forma breve, elenco no quadro abaixo os diagnósticos de cada paciente, tendo como referência a percepção médica registrada em prontuário eletrônico.

Tabela 2 - Comorbidades prévias e motivos clínicos atuais

<b>Nome Fictício</b>	<b>Comorbidade Prévia</b>	<b>Motivo Clínico Atual</b>
Zuri	Hipertensão Arterial Sistêmica	Gestação e Pré-eclâmpsia
Bintu	Diabetes Melittus, Colestase	Gestação e Pré-eclâmpsia
Kieza	Hemoglobinopatia	Febre e sintomas gripais
Luená	Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melittus tipo 2 e Anemia Falciforme	Gestação e Pré-eclâmpsia
Lovelie	Diabetes Melittus Gestacional e Colelitíase	Gestação e Pré-eclâmpsia
Imani	Não apresenta	Síncope
Darline	Obesidade	Gestação e Pré-eclâmpsia
Aura	Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Renal Crônica e Doença Renal Policística	Doença Renal Estágio V
Yelitza	Herpes Genital	Gestação
Maritza	Hipertensão Arterial Sistêmica	Gestação e Risco Pressórico

Luz	Não apresenta	Gestação e Pré-eclâmpsia
-----	---------------	--------------------------

Como é possível observar, apenas duas das pacientes entrevistadas não possuíam quaisquer comorbidades anteriores a sua hospitalização, todavia, o número de mulheres acometidas por alguma doença prévia mostra-se elevado, sendo a Hipertensão Sistêmica Arterial (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) as comorbidades prevalentes.

Neste cenário, Bintu, ao denotar conhecimento acerca do diagnóstico de Diabetes Mellitus e identificar que a forma como vive no Brasil pode estar relacionada com este, refere sua percepção para com os possíveis motivos que a levaram a adoecer

*Acho que sim, por causa do diabetes. Porque muda hábitos alimentares, muda as vezes, aqui tem mais acesso a coisas doces e lá no país tem o mesmo, mas não é todo dia que vai no mercado. Aqui é muito perto, lá as vezes passa dias que não vai no mercado. Lá só de vez em quando compra umas porcarias pra levar em casa. Na verdade, aqui to comendo muito mais porcarias que comia no país. No início da gestação eu comia muito mais porcarias, quase não comia comida de verdade, e acho que isso influencia na saúde.*

Aqui, a viabilidade de acesso a determinados alimentos passa a ser compreendida enquanto um fator externo que pode relacionar-se com o processo de adoecimento. Bintu, ciente do alto consumo de alimentos processados e doces, identifica seus hábitos alimentares não saudáveis como contribuintes para tal. Da mesma forma, Zuri identifica que, ao consumir carne vermelha com muita frequência, sua pressão arterial acaba por sofrer alterações, relacionando tal fato com o diagnóstico de HAS, bem como reflete o companheiro de Lovelie (que à época tinha Diabetes Mellitus Gestacional – DMG), que percebe o consumo excessivo de rapadura durante a gestação enquanto um possível agravante de sua condição de saúde.

Percebe-se neste contexto a atribuição de significados subjetivos ao processo saúde-doença, os quais não se relacionam unicamente com explicações científicas e

médicas, mas se atrelam à rotina de vida das pacientes e questões sociais vivenciadas, como o consumo de determinados alimentos pela facilidade de acesso ou até mesmo pela viabilidade deste, em decorrência da questão econômica que se diferencia da vivenciada no país de origem.

No caso de Lovelie, para além dos fatores sociais, o contexto laboral colocou-se enquanto um possível agravante de sua condição de saúde. Ela relatou que não podia ausentar-se de seu posto de trabalho, se alimentando e aferindo sua glicemia as escondidas, com o auxílio de uma colega também imigrante, para evitar o recebimento de advertência por parte de seu gestor. A alteração de sua glicemia dava-se, inclusive, pela impossibilidade de alimentar-se nos horários recomendados ao longo de sua jornada de trabalhado, bem como pelo controle ineficaz de sua glicose.

Diante de tamanha violação, fez-se necessária a articulação com o local que a paciente possuía vínculo empregatício, pois sua vida e a vida de seu filho estariam sendo colocadas em risco, ao passo em que não possuía autorização para realização do tratamento e dos cuidados necessários ao longo de sua carga horária de trabalho. Assim, ao estar impelida a cumprir seu papel e suas tarefas laborais, acabou por não usufruir de ferramentas para vencer a barreira que lhe foi imposta, fator que veio a repercutir diretamente em sua saúde física (MORAES, ARAÚJO, CAMARGO, 2023, p.07).

Kieza (34 anos, Haitiana), ao falar sobre sua condição de saúde atual, soube apenas mencionar que possui anemia, não tendo conhecimento acerca do nome científico do diagnóstico recebido (hemoglobinopatia), assim como, do tratamento exato ao que é submetida, relatando a necessidade de uso de medicações a cada seis meses, conforme destacado pela equipe médica.

Neste mesmo contexto, ao entrevistar Imani (37 anos, Haitiana), foi perceptível o desconhecimento da mesma para com seu quadro de saúde naquele momento. Hospitalizada em decorrência de uma síncope, a paciente soube apenas informar que desmaiou no banheiro de seu local de trabalho, sendo conduzida à instituição por uma amiga. No momento de nossa conversa, ainda não tinha informações quanto às possíveis causas de seu desmaio. Quando questionada acerca de como percebia o



acesso à rede de saúde no Brasil, evidenciou a linguagem nativa enquanto um dificultador, explicitando o desejo de realizar um curso de português para que pudesse se comunicar de maneira efetiva.

Assim, frente a fragilidade existente no que concerne a compreensão de seus diagnósticos, passei a me questionar: seria essa compreensão limitada um fator relacionado exclusivamente à barreira linguística, como destacado no subcapítulo anterior? Estaria ela intrínseca ao modelo biomédico executado no fazer em saúde? Até que ponto a priorização exclusiva da oferta de tratamento acaba por violar os direitos daqueles que vivenciam a imigração, ao passo em que estes sequer sabem os motivos pelos quais recebem atendimento ou encontram-se hospitalizados?

Pude perceber que o processo de ressignificação existente nas vivências migratórias passa despercebido ante os olhares dos profissionais de saúde, os quais as desconsideram ao passo em que executam práticas mecanizadas que se fortalecem neste espaço. A disponibilização de leitos, o andamento do fluxo hospitalar, o seguimento de uma rotina previamente estabelecida, tudo isso acaba por ser priorizado, fazendo com o que o ato de cuidar gire em torno somente da busca pela cura, custe o que custar.

Aqui, não busco criticar a forma com que determinadas áreas de formação atuam diante do atendimento ofertado, em especial, ao público imigrante, mas sim, levantar uma reflexão no que se refere a concepção limitante existente no tocante à vivência do acometimento da saúde, esta destacada por Langa (2022), que abarca em sua discussão a limitação da abordagem da medicina ocidental à saúde do imigrante, que privilegia ferramentas de diagnóstico e abordagens terapêuticas limitadas à trajetória individual dos sujeitos, desconsiderando os fatores externos e as percepções subjetivas existentes, assim como, os processos vivenciados ao longo de seus deslocamentos.

Assim, destaca-se

[...] a importância de reconhecemos a pessoa na sua condição de sujeito que, na tensão das subjetividades individual e social, é capaz de produzir sentidos subjetivos que lhe permitam avançar em relação a uma condição

objetiva que muitas vezes a limita. Quando se representa a pessoa como doente, esta não é considerada, por exemplo, como alguém capaz de tomar decisões em relação ao seu processo de saúde/doença, e passamos a considerá-la debilitada e incompetente (MORI; GONZÁLEZ REY, 2012, p. 148).

Novas formas de existir se colocam frente ao binômio saúde-doença. Ao olharmos para a realidade das mulheres aqui apresentadas, temos uma correlação de elementos (gênero, raça, classe, gestante, etc.), sendo necessária a identificação do ponto de partida e do lugar social que cada uma ocupa em consequência dos processos migratórios, de adoecimento e de hospitalização. Dessa forma, diante da enfermidade, “os sentidos subjetivos que se organizam no momento em que a pessoa tem o diagnóstico de uma doença não têm relação apenas com o adoecimento, mas também com toda sua experiência de viver” (MORI; GONZÁLEZ REY, 2012, p. 149),

Ressalta-se que, dentro do cenário institucional boa parte das mulheres imigrantes atendidas buscam os serviços exclusivamente por sintomas relacionados ao processo gestacional e/ou para a realização de seus partos, fato este que contribuiu para a predominância deste perfil no estudo realizado ao verificar o número e as características dos recém-nascidos naquela maternidade no ano de 2022, 28 deles eram filhos de mães e pais imigrantes.

Foi assim que a discussão em torno da maternidade e do processo migratório sob a ótica da saúde vieram à tona. Nesse sentido, algumas literaturas nos trazem discussões importantes no que concerne o aumento significativo de mulheres imigrantes gestantes no Brasil e a forma com que estas experienciam o acesso aos serviços ofertados.

Sobreira *et al.* (2021) ressaltam que este aumento pode estar relacionado com a garantia do direito a saúde de forma gratuita no país, facilitando a viabilidade de acesso aos serviços e garantindo uma assistência especializada ao longo deste processo, corroborando a percepção de Coutinho e Parreira (2011, p. 95), os quais destacam que o conhecimento entorno das leis vigentes no país, como o caso da Política Nacional de Saúde, acaba por promover um processo de adaptação e facilitar a transição.

Ainda, Barbosa *et al.* (2021) apontam possíveis fragilidades existentes no atendimento a este público, as quais perpassam pelo não estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e as imigrantes gestantes, dificultando a acessibilidade destacada anteriormente e colocando-se enquanto um obstáculo importante no que tange ao acompanhamento do período gravídico-puerperal destas.

Neste cenário o sentido atribuído à maternidade e ao processo gestacional, conforme abordado anteriormente apresenta uma série de significados para os sujeitos que a experienciam, estes decorrentes de suas vivências prévias e do processo de deslocamento, conforme destacado por Dornelas (2020, p. 135)

o processo de dar à luz e criar os filhos longe da família e da cultura do país de origem provoca tensões relacionadas às expectativas sociais sobre a maternidade, além do choque cultural e a necessidade de adaptação a diferentes práticas e costumes da sociedade receptora” (DORNELAS, 2020, p. 135).

Para além do ato de gestar, as entrevistadas e seus companheiros/familiares percebem e sentem o processo gestacional enquanto uma forma de ressignificar sua vida no país de acolhimento, momento em que passam a traçar planos futuros relacionados ao reagrupamento familiar e a buscar por melhores condições de vida, como é o caso de Yelitzza, que diante do nascimento do filho relatou o desejo de adquirir um imóvel próprio e se reinserir no mercado de trabalho brasileiro, assim como encaminhar os documentos necessários para sua naturalização.

Da mesma maneira, Zuri vê na gestação uma possibilidade de melhorar sua qualidade de vida e sentir-se mais feliz, atrelando o nascimento do filho ao sentimento de pertencimento no país de acolhimento: *“agora vai ficar melhor pro filho, que não nasceu no Haiti, aqui é melhor. Ele é brasileiro, se nasceu no Haiti fica haitiano, mas ele não é estrangeiro, nós sim, mas ele não. Mas se tem filho brasileiro vou me sentir brasileira também”*.

Luena e seu companheiro também atribuem ao parto a esperança de reencontrar os demais filhos que ficaram no Haiti. Ao longo de nossa conversa, usaram do momento e da presença de um intérprete para esclarecer dúvidas com

relação ao procedimento de reagrupamento familiar, referindo que veem nesse contexto uma forma de facilitar o andamento do processo de naturalização e se reunirem com aqueles que amam.

Dentre os significados atribuídos ao nascimento pelas entrevistadas, a regularização documental pareceu dar mais concretude à fragilidade existente no processo de mobilidade humana, haja vista as barreiras existentes em torno do processo de naturalização no país. Ver na maternidade a possibilidade segura de ficar no Brasil, bem como, a de reagrupar o núcleo familiar coloca-se enquanto vivência do processo migratório, a qual é ressignificada a cada entrevista realizada.

Diante das dificuldades já destacadas para adentrar no país, Luz, ao sair da Venezuela não sabia que estava gestante, conforme relatou sua mãe: *“Ela não sabia se estava grávida. Quando veio. Aí ela entrou (no país), ela estava doente com dor de estômago, achou que era gastrite. Então com quatro ou cinco meses foi descobrir a gravidez”*.

Neste contexto, a descoberta tardia da gestação acabou por impactar no acompanhamento pré-natal de maneira direta, acarretando inclusive o diagnóstico tardio de pré-eclâmpsia,

Diferentemente de Luz, Bintu descobriu a gestação previamente, fato que lhe possibilitou um acompanhamento junto a rede de básica de saúde mais efetivo. Na data de nossa conversa encontrava-se com sete meses de gestação, sendo considerada gestante de alto risco em decorrência das comorbidades apresentadas. Quanto questionada acerca dos motivos de sua hospitalização, destacou

Porque eu estou grávida, mas fazendo pré-natal de alto risco, to com diabetes, minha consulta eu fui no ambulatório do hospital de clínicas, eles detectaram que eu estava com pressão alta, dor abdominal bastante, e me mandaram aqui pra ver se não era pré-eclâmpsia (*Bintu, Senegalesa, 37 anos*).

Importante mencionar que, mesmo tendo acesso ao serviço especializado com antecedência, a filha de Bintu nasceu prematuramente, permanecendo por cerca de dois meses em leito de Unidade de Terapia Neonatal. Todavia, sua hospitalização foi

primordial para que pudesse receber o tratamento e o acompanhamento necessário, a fim de prorrogar, o máximo possível, o nascimento prematuro.

Neste mesmo cenário, Yelitza discorreu acerca dos motivos de sua hospitalização prévia e atual, destacando *“Eu já fiquei internada por sangramento que tive de trinta e seis semana. Eu estou internada há dois dias. Depois dois dias aqui que teve sangramento e coisa e daí o sangramento parou eu fui pra casa. E daí agora que eu voltei só pro parto”*.

Quando questionada acerca do acompanhamento pré-natal, informou que a realização no município de origem (Mato Castelhana) sendo encaminhada a Passo Fundo em decorrência das complicações mencionadas acima, as quais foram identificadas previamente, corroborando ao apontado por Barbosa *et al.* os quais destacam que a “qualidade da atenção obstétrica ofertada pelos serviços de saúde representa papel importante na redução dos indicadores de mortalidade”.

Vale destacar que, mesmo diante de um cenário positivo, no que tange a efetividade do acesso a atenção primária em saúde, durante o ciclo gravídico-puerperal, Barbosa *et al.* (2021) aponta a problemática na oferta de cuidado baseado no modelo biomédico, também existente nestes espaços. Desta forma, percebe-se a incessante necessidade e aprimoramento e qualificação do fazer em saúde, fato que demanda de uma percepção mais abrangente acerca dos sujeitos, assim como, de uma prática profissional humanizada e totalitária.

Na concepção de que são múltiplos os significados atribuídos ao processo gestacional, Zuri e Darline quando questionadas acerca de como sentiam-se diante do processo de hospitalização e do nascimento de seus filhos, referiram, respectivamente *“agora eu tenho filho, eu vivo pra meu filho, eu não sei se eu vou (embora) ou não, eu tô aqui pra isso e eu vou ficar aqui. Eu estou feliz e ele (companheiro) está bem aqui. Se ele precisar ir pra outro lugar, eu vou”*

*eu depois de casada eu esperava fazer um neném, eu não consegui engravidar, fazia três anos, aí eu respiro, eu choro, aí eu faço de tudo, depois eu fui no hospital, no ginecologista porque eu tenho problema de cisto do ovário, aí ela falou vai ver o cisto e descobri que estava grávida. Agora eu feliz, não triste”*

Enquanto expressavam tais sentimentos, era notável o processo de ressignificação que passara a ocorrer no contexto vivenciado pelas sujeitas entrevistadas. A maternidade, mais uma vez, se colocava enquanto um elemento intrínseco a suas vidas, fazendo com que o sentimento de alegria e felicidade estivesse voltado ao nascimento e ao fato de agora, além de seus companheiros, terem mais uma rede de apoio no país de acolhimento.

Ainda, como no relato de Darline, Kieza, a qual não se encontrava gestante no momento da entrevista, referiu um sentimento de tristeza no que tange ao ato de não gestar. Tendo deixado sua família no país de origem, precisava seguir a vida no país de acolhimento a fim de auxiliar os que ficaram para trás. Sem saber os motivos pelos quais não conseguira engravidar até aquele momento, buscou força e formas de seguir adiante através de seu trabalho e de sua relação, conforme destacou. Assim, rompendo com a atribuição social de papéis conservadores as mulheres, em específico o da maternidade, Kieza buscou novas formas de sentir-se no mundo.

Após realizar a escuta de tantas mulheres, percebeu-se a vasta carga cultural e histórica que cada uma carrega em seus discursos. Mesmo encontrando-se, no momento das entrevistas, em um contexto de vulnerabilidade em decorrência de suas questões de saúde, acabaram por partilhar, direta ou indiretamente, seus medos, anseios e percepções relativas aos fluxos migratórios e sua vivência no Brasil.

Destaco no presente que tais narrativas não podem ser utilizadas como definidoras da realidade de saúde vivenciada pela população imigrante como um todo no município de Passo Fundo, visto compreender que as formas de sentir o processo migratório é carregado de múltiplos significados, passando a ser uma vivência subjetivada por cada indivíduo que decide ou é colocado na condição de migrar.

Ainda, concebendo o ato de deslocamento enquanto um direito humano, compreendo ser de suma relevância olharmos, de forma atenta, para o modo com esse direito é concedido e ao mesmo tempo violado. Deslocar-se não pode ser reduzido ao ato de transitar entre países, Estados ou municípios, mas sim, percebido

ante fatores subjetivos, sociais, culturais e ambientais que o permeiam, o possibilitam e impossibilitam.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento e análise dos dados aqui apresentados acompanhou um processo constante de transformação e ressignificação da pesquisa. Pensar metodologicamente a aplicabilidade da pesquisa científica demandou uma aproximação prévia para com o espaço físico no qual a mesma seria realizada, fato possível diante da vivência profissional da pesquisadora como Assistente Social no âmbito hospitalar.

Para além das questões estruturais, que viabilizaram o acesso aos pacientes em tratamento de saúde, a sensibilização dos profissionais no que tange a aplicabilidade da pesquisa e a compreensão de sua relevância foi primordial para que seu desenvolvimento ocorresse de maneira efetiva, permitindo, sobretudo, contar com o auxílio de tradutores diante das barreiras linguísticas que se colocaram ao longo das escutas realizadas.

Pensar o processo migratório na área da saúde desde uma perspectiva interdisciplinar demandou aprofundamento teórico e metodológico a fim de abarcar especificidades e percepções distintas desse fenômeno. Concebendo a imigração enquanto um contexto que se constitui a partir de distintos elementos, o olhar atento para as bibliografias disponíveis foi fundamental, haja vista a necessidade de pensar a temática a partir de diferentes perspectivas teóricas, problematizando-a e a compreendendo através de um prisma interdisciplinar.

No capítulo *Leituras e considerações metodológicas* foram apresentadas algumas dessas análises, abordando, primeiramente, algumas das concepções em torno dos fluxos migratórios na realidade brasileira, o qual, de acordo com a literatura conta com o aumento significativo de migrações latino-americanas, com predominância de imigrantes haitianos e venezuelanos, indo ao encontro da realidade apresentada no cenário de pesquisa.

Ainda, buscou-se apresentar os enquadramentos utilizados pelas ciências humanas e jurídicas no que concerne a categorização da imigração, a qual atrela-se a viabilização e efetivação de direitos deste público, haja vista as concepções e nomenclaturas utilizadas pelas legislações vigentes. Em consonância, discorreu-se acerca do trabalho enquanto uma categoria de análise do deslocamento humano, o



qual é compreendido pela literatura enquanto um dos tantos elementos constitutivos deste processo.

No que tange o acesso dos imigrantes as políticas públicas vigentes no país, buscou-se apresentar dados referentes a Política Nacional de Assistência Social, a qual tem abarcado grande parte das demandas socioeconômicas apresentadas pelo público imigrante e agravadas no contexto a pandemia de COVID-19, evidenciando assim a sobrecarga e a inexistência de outros equipamentos e políticas viabilizadoras de direitos sociais.

Buscando dialogar com os receios de expulsão compartilhados pelas interlocutoras da pesquisa, apresentou-se as percepções em torno da ideia de irregularidade que permeia o fluxo migratório ante o ordenamento jurídico vigente, assim como os elementos constitutivos do que a literatura identifica ser um deslocamento forçado, o qual se dá em decorrência da reorganização radical do capitalismo e da ampliação das formas de extração de lucros, fato que culmina na intensificação das desigualdades, na eclosão de conflitos e nas expulsões de fato.

Ademais, apresentou-se dados referentes a saúde da população imigrante e a forma como esta vem sendo percebida pelas ciências humanas e sociais, buscando compreender perspectivas conceituas em torno do atendimento e do tratamento ofertado a esse público, bem como as percepções existentes com relação ao processo saúde-doença que vivencia.

Refletindo sobre os caminhos metodológicos percorridos ao longo desta pesquisa, procurou-se retratar suas principais características, definindo-a enquanto uma pesquisa qualitativa que buscou na análise de discurso e de conteúdo formas de apresentar a realidade e as subjetividades partilhadas pelas interlocutoras.

Destaca-se que os resultados apresentados neste trabalho foram construídos a partir do relato de onze mulheres imigrantes entrevistadas, as quais mesmo diante da barreira linguística aceitaram discorrer acerca da realidade migratória e de saúde que vivenciavam naquele momento. Ainda, sendo o público feminino o predominante nos atendimentos realizados na instituição, tal cenário também fez-se presente ao longo do processo de coleta de dados.

Ao responderem os questionamentos levantados as interlocutoras partilharam parte de suas vivências no que se refere às suas experiências de deslocamento, assim

como discorreram acerca do acesso à saúde no país de origem e no país hospedeiro, sendo perceptível, em alguns casos, a incompreensão dos motivos que as levaram a acessar a alta complexidade em decorrência da barreira linguística e das formas de cuidado em saúde centradas na concepção biomédica de tratamento de saúde.

Ainda, considerando a predominância de mulheres gestantes entre as interlocutoras da pesquisa e seus relatos, o acesso a atenção primária em saúde parece se efetivar, atuando diretamente nas formas de promoção de cuidados preventivos, detectando fatores de risco no que tange ao processo gestacional e viabilizando o atendimento na alta complexidade em saúde de maneira efetiva, quando necessário.

No que concerne ao acesso aos direitos civis e sociais por parte das interlocutoras, através das políticas públicas vigentes em nosso país, destaca-se que, a partir da coleta e análise dos dados foi possível identificar determinadas particularidades vivenciadas pelas interlocutoras, como por exemplo o acometimento por doenças crônicas como a DRC e os significados construídos em torno do processo gestacional, evidenciando assim distintas experiências e demandas.

As relações transnacionais se destacaram nos diálogos, visto que, mesmo diante da distância física de suas famílias e/ou rede de apoio, as interlocutoras buscam formas de manter os vínculos constituídos no país de origem, seja através do envio mensal de remessas ou dos contatos diários por meios tecnológicos. Aqui, os laços vão sendo fortalecidos e o desejo pelo reencontro se apresenta como um elemento do projeto de vida.

Buscou-se com o presente estudo apresentar as experiências migratórias e de saúde experienciadas por tais mulheres, sendo possível mapear o constante processo de ressignificação existente no ato de migrar, e as distintas formas de sentir-se pertencente no país hospedeiro. Ademais, se discutiu a necessidade de um olhar biopsicossocial para com a saúde deste público, evidenciando no fazer biomédico uma forma de violação e invisibilização das experiências migratórias. Por fim, destaca-se que tal cenário acaba por subsidiar a necessidade de adensamento teórico no que concerne a discussão desta temática e manifestar a indispensabilidade de maior atenção para com o cuidado em saúde da população imigrante.

## REFERÊNCIAS

ACHOTEGUI, J. La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises (Síndrome del duelo migratório extremo). **Temas de Psicoanálisis**, n. 3, p. 1-16, jan. 2012. Disponível em: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2011/12/ACHOTEGUI-PDF1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. **Vozes das pessoas refugiadas no Brasil: diagnósticos participativos do ACNUR 2020**. São Paulo: ACNUR, 2020. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/06/ACNUR-Relatorio-Vozes-das-Pessoas-Refugiadas-reduzido.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Deslocados nas fronteiras da emergência climática. **ACNUR**. São Paulo, 2021a. Disponível em: <https://storymaps.arcgis.com/stories/9b67d41f272f466a98ce7048a6d267d6>. Acesso em: 25 nov. 2022.

ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Decisões de mérito. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **ACNUR**. São Paulo, 2021b. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZTk3OTdiZjctNGQwOC00Y2FhLTgxYTctNDNIN2ZkNjZmMwViliwidCI6ImU1YzZM3OTgxLTY2NjQtINDEzNC04YTBjLTY1NDNkMmFmODBiZSIsImMiOjh9&pageName=ReportSection>. Acesso em: 23 nov. 2022.

ALANEN, J. Language Access is an Empowerment Right: Deprivation of Plenary Language Access Engenders an Array of Grave Rights Violations. **ILSP Law Journal**, n. 93, v. 1, 2009.

ALBÓ, X. Interculturalidad y salud. In: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). **Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural**. Quito, Ecuador: Abya-Yala, 2004. p. 65-74.

ANSELMO, C. A. C. Migração forçada e categorização: entre a ampliação da proteção e a exclusão. **Périplos: Revista de Pesquisa sobre Migrações**, Brasília, DF, v. 5, n. 1, p. 131-156, 2021. Disponível em: [http://periodicos.unb.br/index.php/obmigra\\_periplos/article/view/34738/29127](http://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/34738/29127). Acesso em: 19 dez. 2021.

ARAÚJO, T. N. *et al.* Atenção à saúde de imigrantes haitianos em diferentes países na atualidade: revisão integrativa de literatura. **Reciis: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 249-267, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2082/2425>. Acesso em: 22 nov. 2022.

ARENDT, H. **A condição humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

AUDEBERT, C. **La diaspora haïtienne**: territoires migratoires et réseaux transnationaux. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2012.

AUGÉ, M. **Por uma antropologia da mobilidade**. Maceió: EDUFAL; São Paulo: UNESP, 2010.

BAENINGER, R. Migrações transacionais de refúgio: a imigração síria no Brasil do século XXI. *In*: CIERCO, T. *et al.* **Fluxos migratórios e refugiados na atualidade**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer Stiftung, 2017. p. 79-98.

BARBOSA, A. J. C. *et al.* Desafios para o acesso da gestante imigrante à atenção pré-natal: reflexões. **VI Seminário Internacional de pesquisa e estudos qualitativos**. Paraná, 2021, Disponível em: <https://sepq.org.br/eventos/VI-SIPEQ/documentos/04580777980/11>. Acesso em: 25 out. 2023

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASSANEZI, M. S. C. B. Imigrações Internacionais no Brasil: um panorama histórico. *In*: PATARRA, N. (coord.) **Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo**. São Paulo: FNUAP, 1995.

BATISTA, D.R.R.; GUGELMIN, S. A.; MURARO, A. P. Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.18. n. 2, p. 327-336, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/Rp5SZVsmXQgsV3DrZcbKf6C/?lang=en>. Acesso em: 25 out. 2023

BAUMAN, Z. **Globalização**: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

BEAUD, S.; WEBER, F. Observar. *In*: BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo**: produzir e analisar dados etnográficos. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 171-188.

BÓGUS, L. M. M.; FABIANO, M. L. A. O Brasil como destino das migrações internacionais recentes: novas relações, possibilidades e desafios. **Ponto e Vírgula**, São Paulo, n. 18, p. 126-145, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/pontoevirgula/article/view/29806/20723>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL, D. R.; FARIA, T. G. M. A situação dos apátridas na nova lei de migração brasileira: diálogo com os princípios da dignidade da pessoa humana e da fraternidade. **Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 23-42, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/39548/33533>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Decreto n. 50.215, de 28 de janeiro de 1961. Promulga a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados, concluída em Genebra, em 28 de julho de 1951. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1961, seção 1, p. 838. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-50215-28-janeiro-1961-389887-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 23 nov. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980. Estatuto do estrangeiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 ago. 1980. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6815.htm#:~:text=L6815&text=LEI%20N%C2%BA%206.815%2C%20DE%2019%20DE%20AGOSTO%20DE%201980.&text=De+fine%20a%20situa%C3%A7%C3%A3o%20jur%C3%ADica%20do,6.964%2C%20DE%2009.12.1981](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm#:~:text=L6815&text=LEI%20N%C2%BA%206.815%2C%20DE%2019%20DE%20AGOSTO%20DE%201980.&text=De+fine%20a%20situa%C3%A7%C3%A3o%20jur%C3%ADica%20do,6.964%2C%20DE%2009.12.1981). Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Decreto n. 38, de 5 de abril de 1995. Aprova o texto da Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas, concluída em Nova York, em 28 de setembro de 1954. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 abr. 1995. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1995/decretolegislativo-38-5-abril-1995-358545-norma-pl.html>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 1996. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html). Acesso em: 26 nov. 2022.

BRASIL. Lei n. 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jul. 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9474.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.474%2C%20DE%2022,1951%2C%20e%20determina%20outras%20provid%C3%Aancias](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9474.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.474%2C%20DE%2022,1951%2C%20e%20determina%20outras%20provid%C3%Aancias). Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Decreto n. 4.246, de 22 de maio de 2002. Promulga a Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 maio 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4246.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4246.htm). Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Lei n. 13.684, de 21 de junho de 2018. Dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 jun. 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/Lei/L13684.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13684.htm). Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Decreto n. 11.016, de 16 de março de 2022. Regulamenta o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, instituído pelo art. 6º-F da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-11.016-de-29-de-marco-de-2022-389579729>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL, Lei n. 13.445, 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm). Acesso em: 22 nov. 2022.

CAIXETA, M. B. **A Cooperação Sul-Sul como nova tendência da cooperação internacional**: o discurso e a prática da cooperação técnica do Brasil com São Tomé e Príncipe para o combate à tuberculose. 2014. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional) – Estudos Avançados Multidisciplinares CEAM, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15924/1/2014\\_MarinaBolfarineCaixeta.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15924/1/2014_MarinaBolfarineCaixeta.pdf). Acesso em: 23 nov. 2022.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 363–376, jun. 2008.

CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. de O. L.; GONÇALVES, C. A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 5, n. 1, art. 6, p. 1-15, 2003. Disponível em: <http://www.revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/251/248>. Acesso em: 22 nov. 2022.

CAVALCANTI, L. *et al.* **A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro**. Relatório Anual 2015. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho e Previdência Social/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OBMigra, 2015.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. **Imigração e Refúgio no Brasil**. Relatório Anual 2020. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020. (Série Migrações).

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório Anual 2021 – 2011-2020: uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil**. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. (Série Migrações).

CIERCO, T. Esclarecendo conceitos: refugiados, asilados políticos, imigrantes ilegais. *In*: CIERCO, T. *et al.* **Fluxos migratórios e refugiados na atualidade**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer Stiftung, 2017. p. 11-26.

CIURLO, A. Género y familia transnacional. Un enfoque teórico para aproximarse a los estudios migratorios\*. **Revista Científica General José María Córdova**. Bogotá, Colômbia, v. 12, n. 13, p. 127-161, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/recig/v12n13/v12n13a05.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

COLLARES, A. C. Migração e acesso à saúde no Brasil: uma análise dos recursos municipais no atendimento à saúde dos migrantes. *In*: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório Anual 2021 – 2011-2020: uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil**. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. p. 225-254. (Série Migrações).

COSTA, N. B. N. da; GURGEL, H.; MATOS, K. F. R. Migração e Saúde: inter-relações, legislação e acesso: inter-relações, legislação e acesso. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 14, n. 3, p. 99-114, maio 2021. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2866/2096>. Acesso em: 22 nov. 2022.

COUTINHO, E. C.; PARREIRA, M. V. B. C. Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. **Millenium**. Portugal, v. 40, p. 83-97, 2016. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8221>. Acesso em: 25 out. 2023.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A.; MATOS, C. C. de S. A. Considerações sobre o impacto da Covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rQFs3PMLgZprt3hkJMyS8mN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

DANTAS, S. Saúde mental, interculturalidade e imigração. **Revista USP**, São Paulo, n. 114, p. 55-70, jul./ago./set. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/142368>. Acesso em: 15 nov. 2022.

DEL VECCHIO, V. A.; ALMEIDA, V. B. F. Panorama do fluxo migratório de venezuelanos no Brasil e América Latina. *In*: BAENINGER, R.; JAROCHINSKI SILVA, J. C. (coords.). **Migrações venezuelanas**. Campinas: NEPO/UNICAMP, 2018. p. 158-163.

DIAS, G. *et al.* **A contemporaneidade do pensamento de Abdelmalek Sayad**. São Paulo: EDUC, 2020.

DOMENECH, E. O controle da imigração “indesejável”: expulsão e expulsabilidade na América do Sul. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 67, n. 2., p. 25-29, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v67n2/v67n2a10.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

DOMENECH, E. Inmigración, política(s) y “pensamiento de Estado”: la mirada crítica heterodoxa de Abdelmalek Sayad. *In*: DIAS, G. *et al.* (orgs.). **A contemporaneidade do pensamento de Abdelmalek Sayad**. São Paulo: EDUC, 2020. p. 93-113.

DORNELAS, P. D. “Minha família é minha”: cuidados, gênero e maternidade nas trajetórias de mulheres migrantes no Brasil. **PERIPLoS. Revista de investigación sobre Migraciones**. Brasília, v. 6, n. 2, p. 102-131, 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra\\_periplos/article/view/42218/34497](https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/42218/34497). Acesso em: 31 out. 2023.

DORNELAS, P. D. **“Tanto por ser mulher, quanto por ser estrangeira”: Lutas por reconhecimento e formas de resistência de mulheres migrantes no Brasil**. 2020. 208 p. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xPxyWfgpxy9Dq6kgq6knnRc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (orgs.). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOES, A. A cultura do capitalismo e as migrações internacionais contemporâneas. **Revista Sinais**, Vitória, v. 22, n. 1, p. 62-79, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/sinais/article/view/19311>. Acesso em: 30 out. 2022.



GRANADA, D. *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 285-296, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YFR5qB3Hxs9ZdYfVkbhrbGC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

HANDERSON, J. A historicidade da (e)migração internacional haitiana. O Brasil como novo espaço migratório. **Périplos: Revista de Pesquisa sobre Migrações**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 7-26, 2017. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra\\_periplos/article/view/5866/33382](https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/5866/33382). Acesso em: 22 nov. 2022.

HANDERSON, J. Diáspora. Sentidos sociais e mobilidades haitianas. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, v. 21, n. 43, p. 51-78, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/yGY4hRnhhXcNWHsDTH7khRD/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2023.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2005.

IBIAPINA, E. F. V. Saúde e migrações internacionais bolivianas no Brasil: revisão integrativa de literatura. **TRAVESSIA - Revista do Migrante**, [S. l.], ano 32, n. 86, p. 97-120, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://revistatravessia.com.br/travessia/article/view/932>. Acesso em: 28 ago. 2021.

INSTITUTO ETHOS. Mudanças climáticas impulsionam migrações e deslocamentos forçados. **Instituto Ethos**. São Paulo, 01 dez. 2021. Disponível em: <https://www.ethos.org.br/cedoc/mudancas-climaticas-impulsionam-migracoes-e-deslocamentos-forcados/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

JARDIM, D. F. Os Direitos Humanos dos Imigrantes: Reconfigurações normativas dos debates sobre imigrações no Brasil contemporâneo. **Revista Densidades (Online)**, v. 14, p. 65-85-85, 2013.

JAROCHINSKI SILVA, J. C.; BAENINGER, R. O êxodo venezuelano como fenômeno da migração Sul-Sul. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, DF, v. 29, n. 63, p. 123-139, dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/remhu/a/5CJ6rWdFCgGWKzdYqLdQLhx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

JUBILUT, L. L.; APOLINÁRIO, S. M. O. S. A necessidade de proteção internacional no âmbito da migração. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 275-294, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/wzVCCYn6Jzm9FGdyWWhdXSB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

JUNGER, G. *et al.* **Refúgio em números (7ª Edição)**. 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, 2022.

KNOBLOCH, F. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicologia USP** (on-line), São Paulo, v. 26, n. 2, p. 169-174, 2015.

LANGA, E. N. B. **Saúde e Adoecimento entre Africanos Imigrantes no Brasil. Anthropológicas**. Ceará, v. 33, n. 1, p. 96-127, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51359/2525-5223.2022.254200>. Acesso em: 25 out. 2023.

LEVEL, B. P. de L.; JAROCHINSKI SILVA, J. C.; MAGALHÃES, L. F. A. Migração, Trabalho e Estado: três aspectos da contemporaneidade do pensamento de Sayad. *In*: DIAS, G. *et al.* (orgs.). **A contemporaneidade do pensamento de Abdelmalek Sayad**. São Paulo: EDUC, 2020. p. 115-132.

LUSSI, C. Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio. **Psicologia USP** (on-line), São Paulo, v. 26, n. 2, p. 136-144, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/k94mXDJWVbcqC7JhWSf7qnF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MACHARO, I. J. R. *et al.* Notas sobre a família transnacional. **Revista interdisciplinar da mobilidade humana**. Brasília, v. 16, n. 30, 2008. Disponível em: <https://remhu.csem.org.br/index.php/remhu/article/view/778/613>. Acesso em: 31 out. 2023.

MACHADO, I. J. R., “**Parentesco, Migração e Espaço: reflexões sobre o entrelaçamento entre movimento e família**”, 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, Natal-RN, 2014.

MAHLKE, H. **O Estado-Nação e a migração internacional de trabalhadores**: uma reflexão sobre a migração argelina na França. 2005. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10766/000595105.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MANJABOSCO, A. M. **(In)desejáveis?** Trabalho migrante e precarização em tempos de crise. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/9117/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Adrielle%20Marlene%20Manjabosco.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MARINUCCI, R. A religiosidade do migrante como fonte de proteção, sentido, dignidade e diálogo. **Instituto de migrações e direitos humanos**. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.migrante.org.br/pastoral-da-mobilidade-humana/a->

religiosidade-do-migrante-como-fonte-de-protexao-sentido-dignidade-e-dialogo/. Acesso em: 31 out. 2023.

MARQUES, A. J. S. *et al.* International meeting right to health, universal coverage and possible comprehensiveness. **Encontro internacional, direito a saúde, cobertura universal e integralidade possível**, Assembleia legislativa do estado de Minas Gerais, 2016. Disponível em: [https://www2.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/001\\_theme\\_contextualizati on.pdf](https://www2.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/001_theme_contextualizati on.pdf). Acesso em: 25 out. 2023.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26-36, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/BTJsmc9wYXWmCKRBkp5LgPc/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MARTINE, G. A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 3-22, jul./set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/ddmq64Q3LR7dwYJYcNR4pQf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MARTINO, A. A. Migração, saúde e pandemia: reflexões acerca do atendimento de saúde às pessoas migrantes. *In*: BAENINGER, R.; VEDOVATO, L. R.; NANDY, S. (coords.). **Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19**. Campinas: Nepo/Unicamp, 2020. p. 550-559.

MARTINS-BORGES, L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, DF, ano 21, n. 40, p. 151-162, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/remhu/a/5ybFYzvWhw9K6TXFH9QVpD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MATOS, I. B. *et al.* Haitianas, formação médica e Sistema Único de Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 14, n. 3, p. 115-134, maio 2021. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2702/2097>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MEJÍA, M. R. G.; CAZAROTTO, R. T. O papel das mulheres imigrantes na família transnacional que mobiliza a migração haitiana no Brasil. **REPOCS**. Maranhão, v. 14, n. 27, p. 171-190, 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/313950832\\_O\\_papel\\_das\\_mulheres\\_imigrantes\\_na\\_familia\\_transnacional\\_que\\_mobiliza\\_a\\_migracao\\_haitiana\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/313950832_O_papel_das_mulheres_imigrantes_na_familia_transnacional_que_mobiliza_a_migracao_haitiana_no_Brasil). Acesso em: 31 out. 2023.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev. e atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MORAES, M. C. L.; ARAÚJO, L. C. N.; CAMARGO, C. L. Black immigrants in São Paulo-Brazil: sociodemographic profile, reason for coming, embracement, and health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, n. spe, p. e20220448, 2023.

MORI, V. D.; REY, F. G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**. Brasília, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151636872012000300012&script=sci\\_abstr](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151636872012000300012&script=sci_abstr). Acesso em: 25 out. 2023.

MÜLLER, Paulo. Um esboço de análise antiutilitarista do binômio imigração/trabalho: aportes senegaleses. **REALIS, Revista de Estudos AntiUtilitaristas e Poscoloniais.**, v. 9, p. 92-115, 2019.

NORONHA, C. L. A. de. Acesso dos imigrantes internacionais aos benefícios sociais: o que os dados do CadÚnico informam. In: CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório Anual 2021 – 2011-2020**: uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. p. 203-224. (Série Migrações).

OLIVEIRA, G. M.; SILVA, J. I. Quando barreiras linguísticas geram violação de direitos humanos: que políticas linguísticas o Estado brasileiro tem adotado para garantir o acesso dos imigrantes a serviços públicos básicos? **Gragoatá**, v. 22, n. 42, p. 131–153, 13 jul. 2017.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 217 A III. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 22 nov. 2022.

ONU. Organização das Nações Unidas. Saiba tudo sobre o Pacto Global para Migração. **ONU News**. Nova Iorque, 08 dez. 2018. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/12/1650601>. Acesso em: 10 nov. 2022.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 13. ed. Campinas: Pontes, 2020.

ORTEGA, F.; WENCESLAU, L. D. Challenges for implementing a global mental health agenda in Brazil: The “silencing” of culture. **Transcultural Psychiatry**, [S. /], v. 57, n. 1, p. 57-70, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1363461518824433>. Acesso em: 22 nov. 2022.

PEDROSO, V. A. de M.; COSTA, L. V. C. da. A globalização e seus efeitos nas relações de poder: questões acerca da migração e suas formas de exploração. **Revista Videre**, Dourados, v. 10, n. 20, p. 295-308, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/videre/article/view/8573/4897>. Acesso em: 22 nov. 2022.

PEREIRA, G. de L. **Direitos Humanos e migrações forçadas**: introdução ao direito migratório e ao direito dos refugiados no Brasil e no mundo. Porto Alegre: PUCRS, 2019.

PUSSETTI, C. Biopolíticas de Saúde Mental – medicalização, cultura e resistência. *In*: PUSSETTI, C. *et al.* **Migrantes e saúde mental**: a construção da competência cultural. Lisboa: Estudos OI, 2009. p. 27-90.

PUSSETTI, C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 94-113, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/vmZZBr6ZLrhQfsmfQ4kkn9t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

PUSSETTI, C. “O silêncio dos inocentes”: os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo. **Interface**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 263-272, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/njcVDtC4cNtsYzkPZdtGGn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2022.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. *In*: LANDER, E. (org.). **Ciências sociais**: saberes coloniais e eurocêtricos. Buenos Aires: Clacso, 2005.

REDIN, G. **Direito de Imigrar**: Direitos Humanos e Espaço Público na Sociedade Contemporânea. 2010. Tese (Doutorado em Direito) – Pós-Graduação em Direito, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2010. Disponível em: <https://archivum.grupomarista.org.br/pergamumweb/vinculos/000051/0000512f.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

REDIN, G. **Direito de imigrar**: direitos humanos e espaço público. Florianópolis: Conceito, 2013.

REDIN, G. (org.). **Migrações Internacionais**: experiências e desafios para a proteção e promoção de direitos humanos no Brasil. Santa Maria: Editora UFSM, 2020.

RENÓ, M. I. J. DE; HUGO, K. V.; SILVA, C. R. DA. Notas sobre família transnacional. **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 16, n. 30, 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Estudo mostra predomínio de homens, jovens e mais escolarizados entre os imigrantes do RS. **Portal do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 25 jun. 2021. Disponível em: <https://www.estado.rs.gov.br/estudo-mostra-predominio-de-homens-jovens-e-mais-escolarizados-entre-os-imigrantes-do-rs>. Acesso em: 28 ago. 2021.

RISSON, A. P.; MATSUE, R. Y.; LIMA, A. C. C. Atenção em saúde aos imigrantes haitianos em Chapecó e suas dimensões étnico-raciais. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 41, p. 111-130, maio/ago. 2018. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_41\\_art\\_5\\_Risson\\_Matsue\\_Lima.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_41_art_5_Risson_Matsue_Lima.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

RODRIGUES, I. de A.; CAVALCANTE, J. R.; FAERSTEIN, E. Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KJshrr5QR8hXFFRqhy6Qv3g#>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ROMERO, F. L. Rituais de devoção, transe e conflito: o mundo relacional da diáspora mouride na cidade de São Paulo. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 13, n. 36, p. 284–311, 30 maio 2021.

ROSA, M. C. Sociologias do Sul: ensaio bibliográfico sobre limites e perspectivas de um campo emergente. **Civitas: Revista das Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 43-65, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/16936/10958>. Acesso em: 23 nov. 2022.

ROSA, I. C.; MEJÍA, M. R. G.; PÉRICO, E. Políticas públicas e redes de apoio aos migrantes haitianos, em pequeno município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 141, p. 285-302, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/McNtYckmFxbSKy876pj7Wkv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SACHINI, N. B. R. da C.; RIBEIRO, M. A. A identidade de assistente social e atuação profissional em região de fronteira. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 22, n. 3, p. 803-817, jul./set. 2021. Disponível em: <https://www.multitemas.ucdb.br/interacoes/article/view/2927/2609>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SAGLIO-YATZIMIRSKY, M. C. Do relatório ao relato, da alienação ao sujeito: a experiência de uma prática clínica com refugiados em uma instituição de saúde. **Psicologia USP** (on-line), v. 26, n. 2, p. 175-185, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/H4sHVMwCMXZvGR5jRyNMxGg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SANCHES, L. T. As origens históricas do direito de asilo. **Conteúdo Jurídico**. Brasília, DF, 02 out. 2013. Disponível em:

<https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/36803/as-origens-historicas-do-direito-de-asilo>. Acesso em: 23 nov. 2022.

SANTANA, C. L. A. *et al.* Redes de serviço de saúde e apoio social aos refugiados e imigrantes. *In*: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C.; SILVEIRA, C. (orgs.). **Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades**. São Paulo: USP, 2014. p. 175-197.

SANTOS, B. de S. (coord.). **A globalização e as ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SASSEN, S. **The mobility of labor and capital: a study in international investment and labor flow**. New York: Cambridge University Press, 1988.

SASSEN, S. **Expulsões: brutalidade e complexidade na economia global**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2016.

SAYAD, A. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: EDUSP, 1998.

SILVA, J. L. Z. da. **A imigração venezuelana para o Brasil: do ingresso em Pacaraima - RR ao início da interiorização em Dourados - MS**. 2020. Dissertação (Mestrado em Fronteiras e Direitos Humanos) – Faculdade de Direito e Relações Internacionais, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/3133>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SILVA, J. C. L. da; PADILHA, N. S.; LAMY, M. A Síndrome de Ulisses e a medicalização nos Movimentos Migratórios. **Revista Jurídica**, Blumenau, v. 24, n. 54, p. 1-28, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/7927/4837>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SILVA, F. C. A. da; SOUSA, E. M. A migração venezuelana e o aumento da pobreza em Roraima. **Tensões Mundiais**, Fortaleza, v. 14, n. 27, p. 105-119, 2018. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/tensoesmundiais/article/view/855/1027>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SILVA, R. F. DA; BENTO, J. S. Política migratória e direito ao trabalho: estudo de caso sobre a acolhida de imigrantes venezuelanos no Sul do Brasil. **Colombia Internacional**, n. 106, p. 165–198, 2021.

SILVEIRA, C. *et al.* Processos migratórios e saúde: uma breve discussão sobre abordagens teóricas nas análises em saúde dos imigrantes no espaço urbano. *In*: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C.; SILVEIRA, C. (orgs.). **Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades**. São Paulo: USP, 2014. p. 93-107.

SOBREIRA, J. V. B. *et al.* Migration, refuge and women's sexual and reproductive health in Central, South and USA: an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 16, p. e5101623698, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.23698. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23698>. Acesso em: 31 oct. 2023.

TEDESCO, J. C. Temores, ausências e redefinições: idiossincrasias da imigração senegalesa no Sul do Brasil. **Século XXI – Revista de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 15–46, 2018. DOI: 10.5902/2236672535665. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/seculloxxi/article/view/35665>. Acesso em: 31 out. 2023.

UEBEL, R. R. G.; RÜCKERT, A. A. Haitianos no Rio Grande do Sul: panorama e perfil do fenômeno migratório contemporâneo. **Périplos: Revista de Pesquisa sobre Migrações**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 92-110, 2017. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra\\_periplos/article/view/5894/5338](https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/5894/5338). Acesso em: 22 nov. 2022.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para Infância. Crise migratória Venezuela no Brasil. **UNICEF**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>. Acesso em: 23 nov. 2022.

URQUIZA, A. H. A.; RIBEIRO, L. C. Direitos Humanos e migração: os paradoxos da globalização. **Argumenta Journal Law**, Jacarezinho, n. 28. p. 217-239, jan./jun. 2018. Disponível em: <http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/1188/pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

VASCONCELOS, I. S. Famílias transnacionais na fronteira Brasil/Venezuela. **Portal de Revistas da UFRR**. 2010.

VENTURA, D. de F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde de migrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. (Coleção Fazer Saúde).

WALDMAN, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 90-114, 2011. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v12i1p90-114. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13239>. Acesso em: 31 out. 2023.

WHO. World Health Organization. **Refugees and migrants in times of COVID-19: mapping trends of public health and migration policies and practices**. Genebra: WHO, 2021.

WHO. World Health Organization. **World report on the health of refugees and migrants**. Genebra: WHO, 2022.



ZASLAVSKY, R.; GOULART, B. N. G. de. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3981-3986, dez. 2017. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/qmqyF5sw58GvC7qBCrpS4Hn/?format=pdf&lang=pt>.  
Acesso em: 22 nov. 2022.

ZETTER, R. More labels, fewer refugees: remaking the refugee label in an era of globalization. **Journal of Refugee Studies**, Oxford, v. 20, n. 2, p. 172-192, 2007.

## APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

### Primeiro momento:

Características sociais, demográficas e clínicas dos participantes.

1. Nome fictício: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos completos (à data da coleta)
3. Sexo: \_\_\_\_\_
4. Cor da pele: \_\_\_\_\_
5. País de origem: \_\_\_\_\_
6. A quanto tempo saiu do país de origem: \_\_\_\_\_
7. A quanto tempo está no Brasil: \_\_\_\_\_
8. Estado civil:  
 casado/união de fato     solteiro     divorciado/separado     viúvo
9. Linguagem materna: \_\_\_\_\_
10. Em quais idiomas você se comunica? \_\_\_\_\_
11. Escolaridade no Brasil: \_\_\_\_\_
12. E no país de origem: \_\_\_\_\_
13. Religião: \_\_\_\_\_
14. Você trabalha? Se sim, com o quê?  
 \_\_\_\_\_
15. Você mora com quem?  
 \_\_\_\_\_
16. Quem você considera de sua família no Brasil?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
17. Renda familiar: \_\_\_\_\_
18. Você envia parte de sua renda para sua família que está no país de origem?  
 \_\_\_\_\_
19. Número de filhos: \_\_\_\_\_

20. Sexo e idade dos filhos: \_\_\_\_\_
21. Quantos têm nacionalidade brasileira? \_\_\_\_\_
22. Você reside em:  
( ) Casa própria ( ) Casa alugada ( ) Casa cedida (emprestada)
23. Em caso de imóvel emprestado, onde? \_\_\_\_\_
24. Emprestado por quem? \_\_\_\_\_
25. Por qual motivo que você está buscando o atendimento em saúde?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
26. O que você acha da forma como você é atendido nos serviços de saúde no Brasil? Por quê?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
27. Você possuía alguma doença antes deste atendimento?  
\_\_\_\_\_
28. Você se autodeclara: ( ) Saudável ( ) Doente
29. Qual o motivo que te incentivou a realizar o processo de migração?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
30. Qual a sua situação no país?  
( ) Naturalização ( ) Possui RNE ( ) Refugiado ( ) Asilo político
31. Você conhece a Lei de Migração Brasileira? ( ) Sim ( ) Não
32. Você conhece a Constituição Federal Brasileira? ( ) Sim ( ) Não
33. Você sabe quais são os seus direitos (saúde, educação, moradia, justiça) no Brasil?  
( ) Sim ( ) Não  
Em caso afirmativo, quais são? \_\_\_\_\_
34. Você identifica alguma dificuldade de acesso à saúde no Brasil?  
( ) Sim ( ) Não

Em afirmativo, quais? \_\_\_\_\_

**Segundo momento: Perguntas norteadoras**

1. Mesmo morando no Brasil, o que faz você se sentir como (haitiano, senegalês, venezuelano etc.)? Por quê?

---

---

---

2. Você se considera mais brasileiro ou “haitiano, venezuelano, senegalês etc.”? Por quê?

---

---

---

3. Se você tivesse a oportunidade de escolher onde nascer e sobreviver, você escolheria o Brasil ou o seu país de origem? Por quê?

---

---

---

4. Quais são as tradições, culturas e costumes que você mantém do país de origem? Onde/ por quê/ como? Exemplos: alimentos, cultos religiosos, festas etc.

---

---

---

5. Você acha que algo da sua cultura e costumes mudaram quando você veio para o Brasil? O quê? Por quê?

---

---

---

6. Quais são os principais motivos que te levam a buscar os cuidados de saúde no Brasil? (Você busca as unidades de saúde por quais motivos?)

---

---

---

7. Existe alguma diferença entre a forma como você cuidava de sua saúde no país de origem e no Brasil? Qual?

---

---

---

8. Você sabe quais são os seus direitos relacionados à saúde no Brasil? (medicamentos gratuitos, curativos, consultas, cirurgias etc.) Se sim, quais?

---

---

---

9. Com relação a sua saúde mental, você se sente:

( ) Triste ( ) Alegre ( ) Preocupado

Por quê?

---

---

10. Você considera que o modo com que você vive no Brasil influencia de alguma forma na sua saúde? Como? Por quê?

---

---

---

11. O que você acha que te deixa doente no Brasil?

---

---

---

12. Em relação ao desenvolvimento de sua vida, quais seus planos futuros? (Estudos, trabalho, família, permanência no país etc.)

---

---

---

13. Com relação à saúde no Brasil, o que vocêalaria para as pessoas do seu país que pensam em vir para o Brasil?

---