

Karen Priscila Rodrigues

**DESAFIOS NO ACESSO E SERVIÇOS PRESTADOS À IMIGRANTES NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) DE LAJEADO /RS**

Santa Cruz do Sul,

2022

Karen Priscila Rodrigues

**DESAFIOS NO ACESSO E SERVIÇOS PRESTADOS À IMIGRANTES NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) DE LAJEADO /RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado, Linha de Pesquisa Estado, Instituições e Democracia, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Profa. Dra. Grazielle Betina Brandt

Co-Orientadora: Profa. Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa

Santa Cruz do Sul,

2022

CIP – Catalogação na Publicação

Rodrigues, Karen Priscila

Desafios no acesso e serviços prestados à imigrantes na
Atenção Primária em Saúde (APS) de Lajeado/RS / Karen Priscila
Rodrigues. – 2022.

170 f.: il.; 28 cm.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) –
Universidade de Santa Cruz do Sul, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Grazielle Betina Brandt.

Coorientação: Profa. Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa.

1. Saúde. 2. Imigração Internacional. 3. Sistema Único de
Saúde. 4. Atenção Primária em Saúde. 5. Desenvolvimento
Regional. I. Brandt, Grazielle Betina. II. Areosa, Silvia
Virginia Coutinho. III. Título.

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

Karen Priscila Rodrigues

**DESAFIOS NO ACESSO E SERVIÇOS PRESTADOS À IMIGRANTES NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) DE LAJEADO /RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado, Linha de Pesquisa Estado, Instituições e Democracia, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Dra. Grazielle Betina Brandt

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

Professora Orientadora

Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

Professora Co-orientadora

Dra. Cláudia Tirelli

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

Professora Examinadora

Dra. Liliane Brignol

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

Professora Examinadora

Santa Cruz do Sul,

2022

APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de compartilhar meu interesse na realização desta pesquisa, envolvendo as temáticas de imigração internacional e saúde pública, abordarei brevemente minhas competências acadêmicas e profissionais. A minha formação acadêmica consiste na graduação de Bacharelado em Serviço Social pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Durante a graduação em Serviço Social estagiei em diferentes municípios da região, sendo estes, o município de Santa Cruz do Sul/RS, juntamente com o Centro de Integração Empresa- Escola (CIEE) realizei meu estágio curricular não obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSIA). Na modalidade NIFAE, realizei meu segundo estágio curricular não obrigatório na Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sinimbu/RS, através de atividades de grupos e oficinas terapêuticas no Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB). O meu estágio curricular obrigatório, foi executado no município de Vera Cruz/RS, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) e na Secretaria de Saúde e Atenção Básica no mesmo município.

Os estágios realizados na saúde pública, durante a graduação, contribuíram muito na minha formação profissional, no campo da saúde, pois me ofereceram a oportunidade de unir a teoria com atuação prática, juntamente com a troca de experiências e saberes de outras áreas de atuação, de diferentes municípios levando em conta a realidade sanitária e a cultura territorial de cada um. O contato com a área da saúde, nesses espaços de estágio acadêmico, resultou na escolha do tema de pesquisa da minha dissertação de mestrado

Diante disso, encontrei no mestrado a oportunidade de unir duas temáticas que me instigaram a investigação, sendo que o interesse pelos assuntos da imigração internacional, surgiram durante a minha passagem pelo ensino médio, que se deu durante o terremoto do Haiti, no ano de 2010, onde as aulas de geografia foram espaços de discussão sobre os direitos e os sujeitos migrantes. Tendo em vista, esses pontos de partida, acredito que o SUS por ser uma importante política pública de inclusão social no Brasil, foi minha escolha para fortalecer os direitos da população migrante, pois o SUS é uma política que oferece um atendimento abrangente e baseado na comunidade, para a comunidade, como um direito constitucional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que de modo tão especial e cuidadoso sempre me conduziu a caminhos repletos de oportunidades. Também deixo aqui minha gratidão a toda minha família, meus pais, irmãs, tios, tias, primos e avó, seguirei sempre na tentativa de proporcionar orgulho à vocês.

Agradeço também às minhas professoras e orientadoras, a Dra. Grazielle Betina Brandt e Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa, por todo o aprendizado, que com tamanha admiração eu soube aproveitar cada momento de troca durante toda essa caminhada acadêmica. Por fim, este trabalho que foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), deixo minha gratidão pela oportunidade de realizar um mestrado com ética e dedicação, na busca por um mundo mais justo através da pesquisa.

RESUMO

A presente dissertação de mestrado tem como tema a relação entre imigração internacional e saúde pública. Destaca-se os desafios dos profissionais de saúde e dos imigrantes no acesso e nos atendimentos oferecidos pelos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Lajeado/RS, localizado no Vale do Taquari. O estudo também analisou as estratégias de promoção da equidade em saúde desenvolvidas nesses serviços, contextualizando a realidade desses sujeitos. Ainda se abordam questões referentes às condições sociais e de saúde dos imigrantes em relação à pandemia da Covid-19. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo geral, verificar como se dá o acesso dos imigrantes, usuários do SUS, aos serviços da rede de APS no município de Lajeado/RS. Desse modo, para concretização do objetivo geral elencou-se os seguintes objetivos específicos: Identificar os desafios dos imigrantes e dos profissionais de saúde nos atendimentos oferecidos pelos serviços da APS do município de Lajeado/RS; compreender as demandas em saúde dos imigrantes de Lajeado/RS, no contexto atual de pandemia causada pelo novo Coronavírus; analisar as estratégias de Promoção da Equidade em Saúde desenvolvidas pela rede de APS do município de Lajeado/RS. Portanto, para dar conta desses objetivos, foi realizada entrevistas semiestruturadas com o total de treze entrevistados, sendo eles imigrantes haitianos e profissionais da saúde em dois estabelecimentos de saúde da rede de APS no município investigado, a Estratégia de Saúde da Família São José Praia (ESF) e a Unidade Básica de Saúde Moinhos (UBS). Além destes, a 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) também participou da pesquisa. Diante disso, a fim de analisar os relatos das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo para interpretação correta dos dados coletados. Este estudo caracterizou-se por utilizar uma abordagem qualitativa, a partir do método do materialismo histórico dialético, e suas três categorias centrais de análise: a categoria da historicidade, da totalidade e da contradição. Diante disso, com o intuito de analisar o acesso dos imigrantes aos serviços da APS, foram observados os princípios doutrinários do SUS, sendo eles: a universalidade, a integralidade e a equidade na condução dos atendimentos oferecidos aos imigrantes na UBS e ESF de Lajeado/RS. Após análise das entrevistas, foram encontradas algumas fragilidades na condução desses princípios. A universalidade do acesso a todos os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade para os imigrantes foi atendida. Contudo, na integralidade da atenção às demandas em saúde dessa população, alguns desafios persistem. Nas narrativas das entrevistas, pareceu que as ações de saúde para essas pessoas fundamentam-se muito no modelo biomédico, sendo que em situação de contato intercultural, seria interessante a realização de atividades com um modelo de atenção em saúde que lida com a cultura de forma muito mais dialética, interativa, considerando o interesse, o desejo, a cultura, o sujeito e seu contexto. Quanto ao princípio da equidade, constatou-se a existência de ações equitativas para os imigrantes, como a contratação de tradutora e confecção de materiais informativos no idioma dos haitianos. Foram também identificados alguns avanços alcançados nos processos de inclusão desses grupos, por exemplo, a inserção destes na Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde. Assim sendo, acredita-se que esta dissertação de mestrado contribuirá para ampliar a qualificação dos profissionais de saúde nesse tema, bem como fortalecer a capacidade de formulação de políticas, programas e estratégias mais eficazes para responder às necessidades de saúde da população imigrante, fortalecendo e aprimorando o SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária em Saúde. Imigração Internacional. SUS. Cultura. Covid-19. Desenvolvimento Regional.

ABSTRACT

The present master's dissertation has as its theme the relationship between international immigration and public health. The challenges faced by health professionals and immigrants in terms of access and care offered by the services of the Primary Health Care (PHC) network in the city of Lajeado/RS, located in Vale do Taquari, are highlighted. The study also analyzed the health equity promotion strategies developed in these services, contextualizing the reality of these subjects. Issues regarding the social and health conditions of immigrants in relation to the Covid-19 pandemic are still addressed. Therefore, this work has the general objective of verifying how immigrants, SUS users, access the services of the PHC network in the city of Lajeado/RS. Thus, in order to achieve the general objective, the following specific objectives were listed: Identify the challenges of immigrants and health professionals in the care offered by PHC services in the city of Lajeado/RS; understand the health demands of immigrants from Lajeado/RS, in the current context of the pandemic caused by the new Coronavirus; to analyze the strategies for the Promotion of Equity in Health developed by the PHC network in the city of Lajeado/RS. Therefore, to meet these objectives, semi-structured interviews were carried out with a total of thirteen interviewees, who were Haitian immigrants and health professionals in two health establishments of the PHC network in the investigated municipality, the São José Praia Family Health Strategy (ESF) and the Basic Health Unit Moinhos (UBS). In addition to these, the 16th Regional Health Coordination (CRS) also participated in the research. Therefore, in order to analyze the reports of the interviews, content analysis was used to correctly interpret the collected data. This study was characterized by using a qualitative approach, based on the method of dialectical historical materialism, and its three central categories of analysis: the category of historicity, totality and contradiction. Therefore, in order to analyze the access of immigrants to PHC services, the doctrinal principles of the SUS were observed, namely: universality, integrality and equity in the conduct of care offered to immigrants at the UBS and ESF in Lajeado/RS. After analyzing the interviews, some weaknesses were found in the conduct of these principles. The universality of access to all health services at all levels of complexity for immigrants was met. However, in the integrality of attention to the health demands of this population, some challenges persist. In the narratives of the interviews, it seemed that the health actions for these people are based a lot on the biomedical model, and in a situation of intercultural contact, it would be interesting to carry out activities with a health care model that deals with culture in a different way. much more dialectical, interactive, considering interest, desire, culture, the subject and its context. As for the principle of equity, it was found that there were equitable actions for immigrants, such as hiring a translator and producing informative materials in the language of Haitians. Some advances achieved in the processes of inclusion of these groups were also identified, for example, their inclusion in the State Policy for the Promotion of Equity in Health. Therefore, it is believed that this master's thesis will contribute to expanding the qualification of health professionals in this area, as well as strengthening the capacity to formulate more effective policies, programs and strategies to respond to the health needs of the immigrant population, strengthening and improving SUS.

KEYWORDS: Primary Health Care. International Immigration. SUS. Culture. Covid-19. Regional development.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Municípios que compõem o COREDE Vale do Taquari.....	29
Figura 2 – Postos de trabalho criados para trabalhadores migrantes no mercado de trabalho formal, segundo principais países – Brasil, 2020.....	57
Figura 3 – Número de registros de migrantes, por ano de registro e sexo, segundo classificação – Brasil, 2018 a 2020.....	60
Figura 4 - Imigrantes internacionais participantes da pesquisa “Impactos da pandemia de Covid-19 nas migrações internacionais no Brasil” segundo programas sociais do Governo Federal que teve acesso. Brasil, 2020.....	70
Figura 5 - Imigrantes internacionais participantes da pesquisa “Impactos da pandemia de Covid-19 nas migrações internacionais no Brasil” que não solicitaram auxílio emergencial segundo motivo. Brasil, 2020.....	71
Figura 6 – Card de vacinação no idioma Crioulo.....	133
Gráfico 1 – Organização do SUS de Lajeado/RS.....	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -Relação dos serviços de saúde/SUS existentes no município de Lajeado/RS ...	39/40
Quadro 2 - Explicação do uso de alguns conceitos referentes à população imigrante.....	50/51
Quadro 3 - Determinantes de imigrantes em situação de vulnerabilidade.....	91/92
Quadro 4 - Categorias centrais de análise do método materialismo histórico e dialético selecionados para a pesquisa.....	97
Quadro 5 - Perfil dos haitianos entrevistados.....	103/104
Quadro 6 - Organização da pesquisa.....	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População total, urbana e rural – IBGE (2010), Vale do Taquari.....	26/27
Tabela 2 – Trabalhadores estrangeiros no Brasil: Por atividade em 2018.....	58
Tabela 3 – Relação de imigrantes nos bairros de Lajeado/RS com no mínimo dez estrangeiros residentes.....	111

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACNUR	Alto comissariado das Nações Unidas para Refugiados
APS	Atenção Primária em Saúde
CadÚnico	Cadastro Único
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
COREDE	Conselho Regional de Desenvolvimento
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DAES	Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
EE	Estatuto do Estrangeiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OBMIGRA	Observatório das Migrações Internacionais
OIM	Organização Internacional de Migração
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNPES	Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais

RAS Rede de Atenção à Saúde

RS Rio Grande do Sul

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES Secretaria Estadual de Saúde

SISMIGRA Sistema de Registro Nacional Migratório

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUAS Sistema Único de Assistência Social

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UNISC Universidade de Santa Cruz do Sul

VT Vale do Taquari

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2. ESPECIFICIDADES E PARTICULARIDADES DO TERRITÓRIO INVESTIGADO	25
2.1 O Vale do Taquari e Lajeado/RS	25
2.2 Imigração internacional contemporânea no Vale do Taquari e Lajeado/RS	32
2.3 A organização do Sistema Único de Saúde de Lajeado/RS.....	34
3. IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL	42
3.1 Imigração e refúgio no Brasil	42
3.2 Reflexões sobre imigração internacional em interface a pandemia da Covid-19.....	61
4. COMPLEXIDADE E DESAFIOS NA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE PÚBLICA E IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL	74
4.1 Os desafios dos imigrantes no acesso à saúde e a complexidade para as equipes de saúde da rede de atenção primária em saúde (APS)	74
4.2 Equidade em saúde para imigrantes no âmbito da Atenção Primária em Saúde	84
5. ACESSO E SERVIÇO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LAJEADO/RS: RELATOS DE IMIGRANTES HAITIANOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	96
5.1 Método de abordagem.....	96
5.2 Sobre a realização das entrevistas e a característica dos sujeitos da pesquisa.....	101
5.3 Procedimentos de análise dos dados	104
5.4 O princípio da universalidade no acesso aos serviços públicos de saúde pelos imigrantes	107
5.5 O princípio da integralidade na atenção às demandas em saúde dos imigrantes.....	115
5.6 Ações equitativas na APS de Lajeado/RS e a inclusão de imigrantes na Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde	131
5.7 Avaliação do acesso pelos haitianos aos serviços da APS de Lajeado/RS.....	137
6. CONCLUSÃO.....	141
REFERÊNCIAS	149
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO IMIGRANTES	165
ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRABALHADORES	166
APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA IMIGRANTES	167
APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA TRABALHADORES DA APS ..	168
APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA TRABALHADORES DA 16ª CRS	169

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado tem como tema a relação entre imigração internacional e saúde pública. A discussão deste trabalho destaca os desafios e as estratégias de promoção da equidade em saúde desenvolvidas na rede de Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Lajeado/RS, localizado no Vale do Taquari. Além disso, a pesquisa buscou identificar os desafios dos profissionais da saúde e dos imigrantes no acesso e nos atendimentos oferecidos por estes serviços, contextualizando a realidade desses sujeitos.

Diante da atualidade da crise sanitária vivenciada no mundo, a pandemia causada pelo Novo Coronavírus, o estudo ainda vinculou questões relacionadas às condições sociais e de saúde dos imigrantes participantes da pesquisa em interface a circunstância corrente, sendo que foram possíveis identificar as dificuldades do cumprimento das medidas de proteção contra o Novo Coronavírus por esta população no início da pandemia no ano de 2020, e relatos de casos de imigrantes trabalhadores de frigoríficos positivados neste período.

Segundo informações¹ do Ministério da Saúde (2020) o Novo Coronavírus (Covid-19) é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2. Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos na cidade de Wuhan na China. Tratava-se de um novo tipo de Coronavírus que não havia sido identificado antes em seres humanos. Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, termo que se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. Desde então, existem surtos da Covid-19 em vários países e regiões do mundo. No dia² 6 de janeiro de 2022, o Brasil contava com o total de 22.498.806 casos confirmados pela Covid-19, totalizando em 619.981 mortes pelo vírus até o momento.

Na tentativa de conter a disseminação do vírus, no início da pandemia, no ano de 2020, medidas foram tomadas pela OMS, como o isolamento social. Durante este período, problemas relacionados à economia do país vieram à tona, o que afetou a vida de muitos brasileiros e brasileiras. Contudo, a forma como os impactos da pandemia afetam os diversos grupos são

1 Informação disponível no site da Organização Pan – Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa sobre Covid-19. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>> Acesso em: 10 Fev. 2022.

2 Informação obtida do site Coronavírus Brasil do Governo Federal. Disponível em: <<https://www.google.com/search?q=coronavirus+brasil&oq=coronavirus&aqs=chrome.1.69i57j0i27112.4194j0j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8>> Acesso em: 06 Jan. 2022.

diferentes, e nesse contexto, encontram-se muitos imigrantes internacionais residentes no país, pois acredita-se que a pandemia aumentou a vulnerabilidade econômica e social dessa população, como também dificuldades no acesso ao mercado de trabalho pelos imigrantes. Para Cavalcanti e Oliveira (2020), ainda que diferentes setores tenham sido afetados de maneiras distintas, o impacto agregado no mercado de trabalho brasileiro para essa população foi e tem sido muito forte. Segundo os autores, comparado aos dois primeiros meses de 2020, antes do isolamento social entrar em vigor, o mercado de trabalho para os imigrantes encontrava-se em um bom momento antes da pandemia, foi a partir do mês de abril de 2020, que o volume mensal de admissões caiu em quase 60%. Foram mais de 3.000 postos de trabalho reduzidos para os imigrantes só no mês de abril de 2020.

O mercado de trabalho é um poderoso fator de atração de imigrantes ao Brasil. De acordo com Oliveira et al. (2019) a presença de imigrantes haitianos no mercado de trabalho é o principal destaque da década, sendo que a representação dessa população é caracterizada majoritariamente por jovens, com idade ativa para o trabalho, por outro lado, o nível de escolaridade nas novas correntes migratórias é, em média, menor. No entanto, segundo os autores citados anteriormente, é possível encontrar imigrantes de alta escolaridade, com diplomas de professor, assistente administrativo e médicos, porém, um dos maiores problemas da política migratória brasileira é a incapacidade de promover a integração no mercado de trabalho de acordo com a qualificação do imigrante, o que estaria relacionado à dificuldade para validação de diplomas estrangeiros e reconhecimentos de habilidades.

Observa-se que a pandemia causada pelo Novo Coronavírus potencializou impactos severos para a população imigrante, e o que se percebe por essa realidade é a intensificação da condição de vulnerabilidade em que essas pessoas já estão sujeitas. A ausência de direitos de empregabilidade e do direito de migrar, para Sayad (2010) acarreta o risco do imigrante ser enxergado como um problema social e a imigração enquanto geradora de “crise”.

O deslocamento de pessoas é uma consequência inevitável da desigualdade social e do crescimento econômico que caracterizam o mundo contemporâneo, e enquanto esse cenário persistir, a imigração não deve ser vista como um problema, mas como uma solução. Diante disso, infere-se que é preciso reconhecer que migrar é um direito humano, assim como, é importante conhecer os fatores que levam os indivíduos a se deslocarem em diferentes partes do mundo, a partir da realidade e singularidade desses sujeitos.

São diversas as motivações das migrações internacionais atuais e, no decorrer dos anos, foram muitas as modificações nesses processos de deslocamento. Citam-se alguns fatores que

ocasionam a mobilidade humana: desastres ambientais, guerras, perseguições políticas, étnicas ou culturais, causas relacionadas à busca de trabalho e melhores condições de vida, entre outros. Entretanto, o principal motivo que causa os fluxos migratórios internacionais é o econômico, no qual as pessoas deixam seu país de origem visando à obtenção de emprego e melhores perspectivas de vida.

Os novos fluxos migratórios internacionais vindos para o Brasil recentemente são de pessoas oriundas de países como o Haiti e Venezuela. Segundo o Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra, 2020) de 2011 a 2019, foram registrados 1 milhão de imigrantes no país. Os maiores números de imigrantes vieram da Venezuela, Paraguai, Bolívia e Haiti. Assim, de acordo com dados do Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA, 2021), o principal estado do Brasil, São Paulo, atualmente, conta com o total de 23.904 imigrantes de nacionalidade haitiana residentes, e com um total de 12.090 haitianos com registro temporário no estado. Ainda no mesmo estado, imigrantes residentes de nacionalidade venezuelana contabilizam 6.466 habitantes, e com o total de 6.277 venezuelanos com registro temporário.

Diante deste cenário migratório, faz-se necessário a inclusão desta temática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em pautas de discussões dentro do campo universitário, uma vez que o espaço acadêmico contribui e muito com importantes produções, de caráter teórico e empírico, que atestam sua diversidade, significados e implicações.

Atualmente as temáticas de imigração internacional e saúde pública no Brasil, têm dedicado maior atenção a discussões sobre a relação “imigração, saúde e trabalho”, tendo como foco principal de pesquisa a região Metropolitana de São Paulo, com ênfase na saúde mental e saúde coletiva. Cita-se como exemplo, a temática de saúde mental discutida no trabalho de Patrícia Cavalcanti Schmid (2019) que tem como título “Saúde mental e restrição de liberdade: relato de experiência como médica psiquiátrica em centro de detenção de refugiados”.

Entre os trabalhos observados, alguns partem de uma abordagem mais histórica, outros tratam sobre a problemática de saúde que ocorre em regiões de fronteiras internacionais, e sobre os processos de inclusão de imigrantes e refugiados pelas instituições de saúde, considerando o campo de debate das ciências sociais e humanas em saúde. Além disso, muitos são os estudos que abordam questões de gênero, com base na saúde da mulher imigrante, como observa-se no artigo dos autores Jeane Barros de Souza et al. (2020) intitulado “Determinantes sociais da saúde de mulheres imigrantes haitianas: repercussões no enfrentamento da Covid-19”.

Desse modo, após buscas na literatura sobre imigração e saúde, verificou-se a necessidade de estudos sobre a utilização dos serviços de saúde por imigrantes internacionais,

problematizando esta realidade no estado do Rio Grande do Sul. Assim, a partir dos estudos pesquisados, atesta-se a importância do campo de pesquisa e abre-se agenda para novos trabalhos, como o que está sendo proposto, de verificar como se dá o acesso dos imigrantes aos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde de Lajeado/RS.

O estado do Rio Grande do Sul é um dos estados brasileiros que mais receberam imigrantes haitianos nas últimas décadas. No estado, atualmente, concentra-se³ o total de 5.435 imigrantes haitianos com registro temporário, e o total de 11.715 imigrantes haitianos residentes. De nacionalidade venezuelana, o RS conta com 4.120 venezuelanos com registro temporário, e 2.773 venezuelanos residentes, contabilizando também o total de 60 venezuelanos com registro provisório. Entre⁴ 2018 e 2020 o RS contou com 29.357 imigrantes, e os haitianos⁵ são 45% no estado, seguido dos uruguaios que são 12% e dos venezuelanos que contabilizam 8%.

Em relação ao vírus da Covid-19⁶, no dia 08 de janeiro de 2022 o estado do Rio Grande do Sul contava com 30.093 imigrantes positivados para o vírus. Acredita-se que o significativo número de imigrantes contaminados possa ter relação com as condições precárias de trabalho em que essa população se encontra, como as ocupações em frigoríficos, que é o principal local de emprego disponível para essas pessoas.

De acordo com o Observatório do Desenvolvimento Regional (Observa DR, 2020), no ano de 2020, no início da pandemia causada pelo Novo Coronavírus, o município de Lajeado/RS, era um dos municípios da região que possuía o maior contingente de contaminados em relação aos outros municípios do estado do Rio Grande do Sul. Possuindo o total de 4.982 trabalhadores com vínculo formal de emprego no setor industrial de aves, incluindo imigrantes internacionais, Lajeado/RS vivenciou um crescente nos números de casos confirmados por Covid-19, após testagem em massa dos trabalhadores em dois frigoríficos no município, colocando a cidade em primeiro lugar, no estado do RS, com maior número de casos confirmados naquele ano. “O surto de Covid-19 em frigoríficos, locais que empregam centenas de imigrantes no RS denuncia as condições de trabalho precárias e a dinâmica laboral que

3 Dados obtidos no site do SISMIGRA (2021).

4 Informações obtidas no site do Governo Estadual. Disponível em: <<https://www.estado.rs.gov.br/estudo-mostra-predominio-de-homens-jovens-e-mais-escolarizados-entre-os-imigrantes-do-rs>> Acesso em: 08 Mar. 2022.

5 Informações obtidas no site do G1 RS. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2021/06/25/maioria-dos-imigrantes-do-rs-vem-de-uruguai-haiti-e-venezuela-aponta-estudo.ghtml>> Acesso em: 08 Mar. 2022.

6 Informação extraída do site da Secretaria Estadual de Saúde. Painel Coronavírus RS. Disponível em: <<https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>>.

amplia as possibilidades de contaminação para esses trabalhadores”. (FRAGA; OLTRAMARI, 2020, p. 454).

O Vale do Taquari/RS (VT), situado na região central do Rio Grande do Sul, é formado atualmente por 36 municípios. É uma das regiões do estado que mais recebem imigrantes haitianos, porém, foi a partir do ano de 2010, que a região acompanhou uma nova tendência do fluxo migratório, pois, no século XIX, no VT, a imigração internacional era de imigrantes oriundos da colonização de alemães e italianos, dentre outras nacionalidades. (CAZAROTTO, et al. 2019).

Os novos fluxos migratórios internacionais do VT, acontecem pela constante oferta de trabalho oferecido para essas pessoas na região, pois, “entre 2011 e 2015 indústrias frigoríficas aumentaram a oferta de empregos formais para imigrantes e refugiados, com pico em 2013” (SPINELLI; BRAGA; SCHEIBE, 2017, p. 379), o que contribuiu para a chegada de mais imigrantes no Vale. Assim, dentre as atividades realizadas pelos imigrantes, estão associadas ao abate de aves, suínos, processamento de carnes e leites nas agroindústrias locais. (CAZAROTTO; SINDELAR, 2020).

Diehl (2016) afirma que a população de imigrantes, no VT, foi recrutada como alternativa de suprir ofertas de trabalho já existentes na região, e essas pessoas vieram para exercer funções nas indústrias, principalmente no ramo alimentício e construção civil local. Dos 36 municípios que integram a região do Vale do Taquari, são quatro os que concentram 85% dos imigrantes internacionais recentes: Lajeado, Encantado, Estrela e Arroio do Meio. (CAZAROTTO, et al. 2019). E, por esta razão, o município de Lajeado/RS foi selecionado para a realização desta pesquisa, uma vez que no estado do RS, Lajeado é o 8^o7 município que mais recebeu imigrantes nos últimos anos. Atualmente, de acordo com dados do IBGE cidades (2020), a população estimada de Lajeado/RS é de 85.033 habitantes. Destes, o município possui imigrantes vindos⁸ do Haiti, Senegal, Nigéria, Índia e Bangladesh, e desde 2010 tem sido crescente a vinda da população proveniente desses países.

Segundo informações da Polícia Federal de Santa Cruz do Sul/RS, Lajeado possui no momento um contingente de 2.133 imigrantes registrados na cidade, e esse montante é

7 Informação obtida no jornal online do Vale do Taquari “Agora no Vale.” Datado do dia 25 de junho de 2021. Disponível em: <<https://agoranovale.com.br/noticias/lajeado-e-o-8o-municipio-do-rs-que-mais-recebeu-imigrantes-nos-ultimos-anos/>>.

8 Informações do site da Prefeitura Municipal de Lajeado/RS. Disponível em: <<https://www.lajeado.rs.gov.br/>>.

composto por 59 diferentes nacionalidades, sendo que imigrantes haitianos apresentam maior número, correspondendo ao quantitativo de 1.161 residentes no município. Essa população de imigrantes que chegam⁹ no município são acolhidos pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Este serviço, num contexto de extrema vulnerabilidade social em que se encontram os imigrantes recém-chegados, assume um importante papel na garantia de direitos dessa população. Dentre as atividades há prestação de informações sobre seus direitos e acesso a serviços, políticas públicas e sociais. Eles ainda recebem orientações sobre a confecção de documentos e renovação de passaportes.

A maior preocupação da prefeitura municipal de Lajeado/RS e do CRAS é que estas pessoas consigam acessar com qualidade os serviços públicos de Assistência Social, Saúde e Educação, fazendo com que o fato de serem estrangeiros e falar outro idioma não seja um empecilho para os atendimentos necessários, assim como, o objetivo do município é de cadastrar o maior número possível de imigrantes no Cadastro Único (CadÚnico) para programas do Governo Federal, pois através deste cadastro é possível saber quem são essas famílias, onde vivem e quais suas reais necessidades.

Lajeado/RS se configura como um importante município de estadia para os imigrantes, e tudo indica que a tendência é que as migrações atuais no Brasil, assim como no estado do Rio Grande do Sul e no Vale do Taquari/RS, continuem crescendo, sobretudo de populações advindas de países emergentes marcados por uma precária situação econômica e social, além de povos de regiões marcadas por grandes conflitos étnicos e políticos. Diante disso, é preciso pensar em uma rede mais ampla de proteção aos imigrantes perante ao intenso fluxo migratório, e assim assegurar o acesso dessas pessoas aos serviços públicos de saúde.

Para Faqueti, Grisotti e Risson (2020) a correlação entre imigração e saúde é complexa e permeada por fatores sociais, preconceito, discriminação, iniquidades no acesso ao trabalho, moradia, educação e diferenças culturais entre os países. No âmbito do SUS a relação entre saúde e as questões sociais é expressa através dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, e estes influenciam a ocorrência de problemas de saúde na população.

Assim, é importante também reconhecer que “a promoção da saúde dos migrantes e refugiados exige políticas públicas específicas para atender às suas necessidades, que levem em consideração os determinantes sociais do deslocamento”. (VENTURA; YUJRA, 2019, p.35).

9 Informações adquiridas no site da Prefeitura Municipal de Lajeado/RS.

A partir disso, precisa-se conhecer o funcionamento e a organização do SUS no Brasil, este que atua de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada. Dentro desse sistema organizacional do SUS, a hierarquização é uma forma de organizar as redes de Atenção à Saúde (RAS) que são divididas em três níveis de atenção: a atenção primária, a atenção secundária e a atenção terciária. Cada nível de atenção, através de diferentes estabelecimentos de saúde, oferece atendimentos de acordo com a complexidade das demandas da população. A APS, sendo esta a atenção de saúde analisada nesta pesquisa, atende demandas de baixa complexidade, tendo como objetivo principal a prevenção de doenças, promovendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os serviços de saúde que compõem a rede de Atenção Primária em Saúde são os estabelecimentos de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). As ações e os serviços da Atenção Primária em Saúde, que pode ser identificada também como Atenção Básica (AB), são ofertados nos 497 municípios do estado¹⁰ do RS. Assim, o estado elencou a ESF como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao SUS. A ESF hoje, no RS, está presente em 487 municípios, com uma cobertura aproximadamente de 60% da população. Já Lajeado/RS, possui dezesseis Estratégias de Saúde da Família (ESF) e três Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Diante disso, a coleta de dados foi realizada em duas unidades de saúde da rede de APS de Lajeado/RS, uma ESF e uma UBS. Esses dois serviços de saúde foram selecionados pelo fato de que esses são os dois estabelecimentos de saúde no município que mais atendem a população imigrante. Isso se dá pela razão do número de estrangeiros residentes nessas duas localidades, sendo que no centro da cidade onde está localizada¹¹ a ESF São José Praia, concentram-se o total de 629 imigrantes. No bairro Moinhos, onde está fixada a UBS Moinhos, residem 415 imigrantes. Além disso, esses serviços de saúde pesquisados, estão próximos de dois importantes frigoríficos da cidade, a companhia de alimentos Minuano e a BRF-Brasil Foods, indústrias que contratam bastante mão de obra estrangeira na região.

Para a realização da coleta de dados, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, que devido aos avanços da vacinação contra a Covid-19,¹² puderem acontecer

10 Essas informações podem ser encontradas no site da Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/atencao-basica-ou-primaria-principal-porta-de-entrada-para-o-sistema-unico-de-saude-sus>>.

11 Dados fornecidos pela Polícia Federal de Santa Cruz do Sul/RS via contato eletrônico.

12 Durante todo o processo das entrevistas, foram observados os protocolos de prevenção contra a Covid-19, como indicado pelo Ministério da Saúde (2020). A pesquisadora e os participantes permaneceram em distanciamento, com as mãos higienizadas, e com a utilização das máscaras.

de forma presencial, o que possibilitou uma maior interação entre a pesquisadora e os pesquisados. Foram entrevistados o total de treze participantes, sendo quatro deles imigrantes haitianos, dois enfermeiros chefes de unidade, dois técnicos de enfermagem, dois recepcionistas e dois médicos. De cada categoria profissional citada, foram entrevistados um de cada unidade de saúde, e os imigrantes três deles são da ESF São José Praia e a outra é tradutora das duas unidades de saúde.

Além da equipe de Atenção Básica e dos imigrantes, participou da pesquisa a enfermeira que é Coordenadora Regional da Política de Atenção Primária em Saúde da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). A 16ª CRS coordena o total de 37 municípios, sendo que um destes é o município de Lajeado/RS. A sede da coordenadoria está localizada na mesma cidade.

Sendo assim, para analisar os fatores do acesso dos imigrantes nos serviços da APS, o caminho metodológico escolhido foi desenvolver uma pesquisa do tipo qualitativa, com a intenção de estudar aspectos mais objetivos do fenômeno social aqui discutido. Visto isso, com o intuito de auxiliar na compreensão da realidade investigada, o método de abordagem escolhido foi o método marxista materialismo histórico e dialético, onde foram selecionadas três categorias centrais de análise: a categoria da historicidade, que é encontrada nas discussões sobre a formação do Vale do Taquari e Lajeado/RS, contextualizando a origem da imigração contemporânea na região; na história da construção do SUS, de como se deu o processo da universalidade no acesso aos serviços de saúde, sendo que antes da sua consolidação o acesso não era para todos, e sim apenas aos contribuintes.

A categoria da totalidade é expressa através das discussões sobre o princípio da integralidade na atenção às demandas em saúde dos imigrantes, reconhecendo fatores não subjetivos destes sujeitos, mas toda sua história de vida, desde seu país de origem, seu processo migratório, até suas condições de vida no país de estadia. Por fim, a categoria da contradição, visível na fala dos profissionais de saúde e dos imigrantes entrevistados, onde surgiram contradições sobre os desafios no acesso aos serviços, enquanto todos os profissionais de saúde entendiam o idioma como principal fator dificultador, os imigrantes não enxergam isso como um problema.

A partir da análise de conteúdo de Bardin (2004) o trabalho investigativo dividiu-se em três fases: A primeira refere-se à preparação das informações para a construção desta pesquisa, a entrevista semiestruturada. A segunda fase, foi a classificação das unidades em categorias, e emergiram quatro categorias. A primeira evidenciou-se a possibilidade de realizar uma análise do acesso dos imigrantes aos serviços da APS através dos princípios doutrinários do SUS; a

segunda identificou-se as demandas em saúde dos imigrantes e sua relação com questões culturais, o idioma dos imigrantes como aspectos que afetam a forma de atendimento dos profissionais de saúde, a religião que influencia na aderência aos tratamentos médicos, dentre outros. A terceira percebeu-se as consequências dessa forma de atendimento na oferta de serviços às populações imigrantes, surgindo então a necessidade de ações equitativas para facilitar o acesso dessa população aos serviços; e a quarta sentiu-se necessário problematizar a participação popular dos imigrantes no SUS, como protagonistas das suas reais necessidades e como sujeitos de direitos ao acesso à saúde com qualidade.

Por fim, vem a fase da descrição e interpretação dos dados. Nesta fase, teve-se um cuidado especial com os elementos obtidos através das entrevistas, os quais foram criteriosamente analisados e verificados sua veracidade. Já a interpretação se fez ao final da coleta de dados para não comprometer os resultados a priori e permitir conclusões legítimas. (BARDIN, 2004).

Assim, por conta da presença de imigrantes internacionais em Lajeado/RS, e a peculiaridade desse município no que tange à imigração internacional, o qualificou como extremamente profícuo para a condução de um estudo de caso sobre a temática de imigração e saúde pública no território. Acredita-se que esta temática se apresenta como uma realidade desafiadora para as políticas públicas locais, que diante do cenário atual, aos serviços públicos de saúde é cobrada a fornecer respostas, estratégias e ações que enfrentam estas problemáticas.

Para isso, esta pesquisa que foi realizada no campo do Desenvolvimento Regional, buscou contribuir para a construção de políticas públicas específicas para a comunidade imigrante, e por este motivo, com base nestes fatos e com o intuito de amparar estudos deste fenômeno territorial, pensando na sustentabilidade das ações locais de promoção da equidade em saúde, o problema escolhido para a construção dessa Dissertação para o Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado é: **Como se dá o acesso dos imigrantes aos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde do município de Lajeado/RS?**

Portanto, para responder a este problema, essa pesquisa teve como objetivo geral verificar como se dá o acesso dos imigrantes, usuários do SUS, aos serviços da rede de APS em Lajeado/RS. E, para dar conta deste objetivo, o acesso dos imigrantes foi analisado a partir dos princípios doutrinários do SUS, a universalidade, a integralidade e a equidade. Através das suas realidades, perspectivas e desafios, foi possível identificar as ações de saúde para os imigrantes que contemplassem a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, a integralidade na atenção às demandas culturais dos imigrantes apresentadas

como desafios para as equipes de saúde e a ações de equidade que facilitaram o acesso dessa população nos serviços pesquisados, sendo eles, a ESF São José Praia e a UBS Moinhos.

Os princípios doutrinários do SUS, ora citados, apresentam total relação com os objetivos específicos desta pesquisa, o que facilitou uma análise final sobre o acesso dos imigrantes nos serviços da APS. Os objetivos específicos foram os seguintes: Identificar os desafios dos imigrantes e dos profissionais de saúde nos atendimentos oferecidos pelos serviços da rede de APS do município de Lajeado/RS; compreender as demandas em saúde dos imigrantes de Lajeado/RS, no contexto atual de pandemia causada pelo novo Coronavírus; analisar as estratégias de Promoção da Equidade em Saúde desenvolvidas pela rede de APS do município de Lajeado/RS;

Sendo assim, a condução dos assuntos temáticos sobre imigração e saúde neste trabalho estão organizados da seguinte forma: a primeira seção parte desta introdução, que apresenta o tema do estudo, o problema e os objetivos, geral e específicos propostos. Na segunda seção, “Especificidades e particularidades do território investigado”, descreve-se a partir de três subtítulos as características do Vale do Taquari e Lajeado/RS, como sua criação e emancipação, o início da imigração contemporânea nessa região e um pouco sobre a organização do SUS no município.

Na terceira seção, “Imigração internacional”, discutem-se em dois subtítulos as dimensões da imigração e refúgio no Brasil, apresentam-se dados e características atuais das novas motivações migratórias que abriram novas frentes para a força de trabalho no território nacional, seguido da contextualização do fenômeno da imigração em tempos de pandemia da Covid-19, evidenciando questões de desigualdades e vulnerabilidades desses sujeitos num contexto pandêmico.

A quarta seção “Complexidade e Desafios na relação entre Saúde Pública e Imigração Internacional”, apresenta-se em dois subtítulos uma discussão sobre o acesso dos imigrantes nos serviços do SUS a partir de uma breve contextualização da história do Sistema Único de Saúde. O texto segue discutindo fatores que se configuram como dificuldades no acesso dessa população, como barreira linguística, a diversidade cultural, dentre outros. Neste mesmo capítulo, apresenta-se um aparato teórico sobre a organização do Sistema Único de Saúde, discutindo a importância da criação de políticas públicas específicas para imigrantes a partir da Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde (PNPES).

A quinta seção é o “Processo metodológico” da pesquisa, onde trata-se do método de abordagem, da realização das entrevistas, apresentando as características dos sujeitos

pesquisados e a análise dos dados coletados. A sexta seção, “Acesso e serviço à saúde no município de Lajeado/RS: Relatos de imigrantes haitianos e profissionais de saúde”, trata-se da análise realizada a partir das entrevistas semiestruturadas, descreve-se a conjuntura dos relatos dos participantes da pesquisa, que dividida em quatro subtítulos, é realizada uma avaliação do acesso dos imigrantes aos serviços da APS a partir dos princípios doutrinários do SUS. Assim, na sétima seção, a “Conclusão”, retoma-se os objetivos da investigação com o intuito de apresentar o contexto de como se dá o acesso dos imigrantes aos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde de Lajeado/RS. Por fim, são apresentadas as referências, os anexos e os apêndices.

2. ESPECIFICIDADES E PARTICULARIDADES DO TERRITÓRIO INVESTIGADO

Este capítulo trata de apresentar características do território investigado, abordando informações da população, da economia, e da formação do Vale do Taquari e Lajeado/RS. A contextualização da imigração internacional contemporânea nesta região também foi um item evidenciado neste capítulo. Buscou-se ainda descrever a organização do Sistema Único de Saúde do município, apresentando os serviços que compõem a rede do SUS em Lajeado.

2.1 O Vale do Taquari e Lajeado/RS

O Vale do Taquari/RS (VT) é uma¹³ região situada na região central do Rio Grande do Sul. Formada por 36 municípios, ocupa uma área de 4.826,7 km², onde vivem 381.015 pessoas. Esta população é formada por várias etnias, em especial com descendentes de origem alemã, italiana e açoriana, “os quais, inicialmente dedicaram-se a uma agricultura de subsistência, mas, gradativamente foram recorrendo à comercialização de excedentes que possibilitaram o surgimento do comércio e da indústria.” (SINDELAR, 2016, p. 1-2).

A história da sua colonização se dá início, em meados de 1700, quando o VT começou a receber imigrantes açorianos que se fixaram nas planícies ao longo do Rio Taquari, ao sul do Vale. Na mesma época, a região também recebeu escravizados africanos. A partir de 1850, chegaram os imigrantes alemães e italianos em maior número, e, nesse mesmo período, europeus de outras nacionalidades também escolheram o Vale para se estabelecer, porém, em um número bem menor. (KREUTZ; MACHADO, 2017).

“A região do VT ao longo das décadas de 1970 a 2010 apresentou um processo de urbanização crescente e uma modificação na dinâmica da economia regional, com mudanças na predominância das atividades econômicas e na geração de riqueza.” (BARDEN, et al. 2018, p.259). O desenvolvimento do setor industrial, do comércio e do setor de serviços dessa região provocaram um crescimento urbano regional significativo nos últimos 40 anos (IBGE, 2010). Para Rosa (2012), o processo de urbanização é evidenciado quando ocorre um maior crescimento da população urbana em relação à rural. Em 2010, de acordo com dados do IBGE, o CORED Vale do Taquari, possuía aproximadamente um total de 74% de pessoas residindo

13 Informações obtidas no site da Câmara da Indústria, Comércio e Serviços do Vale do Taquari - CIC Vale do Taquari. Disponível em: <<https://cicvaledotaquari.com.br/>> Acesso em: 12 Dez. 2021.

em áreas urbanas e 26% em áreas rurais. Ou seja, no VT o número de população em áreas urbanas em 2010, era maior que nas áreas rurais, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 1- População total, urbana e rural – IBGE (2010), Vale do Taquari/RS

Municípios	População		
	Total	Urbana	Rural
Anta Gorda	6.073	2.331	3.742
Arroio do Meio	18.783	14.663	4.120
Arvorezinha	10.225	6.273	3.952
Bom Retiro do Sul	11.472	9.162	2.310
Canudos do Vale	1.807	411	1.396
Capitão	2.636	1.147	1.489
Colinas	2.420	1.105	1.315
Coqueiro Baixo	1.528	282	1.246
Cruzeiro do Sul	12.320	7.476	4.844
Dois Lajeados	3.278	1.564	1.714
Doutor Ricardo	2.030	693	1.337
Encantado	20.510	17.879	2.631
Estrela	30.619	25.913	4.703
Fazenda Vila Nova	3.697	2.013	1.684
Forquetinha	2.479	468	2.011
Ilópolis	4.102	2.207	1.895
Imigrante	3.023	1.499	1.524
Lajeado	71.445	71.180	265
Marques de Souza	4.068	1.545	2.523
Muçum	4.791	4.044	747
Nova Brésia	3.184	1.511	1.673
Paverama	8.044	4.098	3.946
Poço das Antas	2.017	861	1.156
Pouso Novo	1.875	632	1.243
Progresso	6.163	1.873	4.290
Putinga	4.141	1.577	2.564
Relvado	2.155	734	1.421
Roca Sales	10.284	6.600	3.684
Santa Clara do Sul	5.697	2.855	2.842

Sério	2.281	530	1.751
Tabai	4.131	1.246	2.885
Taquari	26.092	21.875	4.217
Teutônia	27.272	23.322	3.950
Travesseiro	2.314	887	1.427
Vespasiano Correa	1.974	406	1.568
Westfalia	2.793	1.130	1.663
COREDE	327.723	241.992	85.731
Estado RS	10.693.929	9.100.291	1.593.638

Fonte: IBGE, 2010. Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional, 2015. Elaboração da autora.

O Vale do Taquari possui localização estratégica, com fácil acesso a outras regiões do estado, país e exterior por rodovias pavimentadas e um entroncamento intermodal hidroviário, ferroviário e rodoviário. “As malhas rodoviárias presentes no Vale do Taquari/RS são de suma importância para o desenvolvimento local e regional e até em âmbito estadual, pois interligam as mais diversas regiões do estado” (ZANCHET, 2013, p. 12), o que contribui para o desenvolvimento econômico do Vale. Citam-se setores importantes na economia da região, como a agricultura familiar, a agropecuária e a agroindústria, voltadas para a cadeia produtiva de frango, suínos e leite.

A região tem como ponto forte a produção de alimentos, sendo a agricultura familiar e o agronegócio os propulsores da economia local, cultivando-se milho, feijão, uva, fumo, erva-mate, trigo, flores, arroz, dentre outras. Encontra-se também, criações de gado leiteiro e de corte, estas em regime confinado e, na maioria das vezes, organizadas em sistema integrado com a indústria de alimentos. Nos pequenos municípios dessa região, destaca-se o setor de agropecuária, enquanto nos municípios maiores sobressaem-se atividades ligadas à indústria e ao setor de serviços e comércio. A região tem como forte característica a produção de alimentos e praticamente 80% da sua atividade produtiva gira em torno do agronegócio. (CIC Vale do Taquari, 2021).

Estes são responsáveis por ampla geração de empregos diretos e pelo crescimento dos municípios no Vale do Taquari/RS, bem como por abastecerem o mercado do Rio Grande do Sul, além de outros estados e países. (SEPLAN, 2015). No setor industrial ganha destaque a indústria de alimentos, com frigoríficos de carne. O comércio e serviços, segundo a CIC Vale do Taquari (2020), também possuem importância na economia da região, estando presentes em todos os municípios em vários segmentos.

Para Rosa (2012, p.12) “o processo de industrialização contribui para a concentração populacional nas cidades, pois criou condições de empregabilidade, infraestrutura de transporte, demanda de emprego e renda.” Ainda, para o autor supracitado, o processo de urbanização pode trazer desenvolvimento e progresso, mas, ao mesmo tempo, causa grandes impactos irreversíveis quando não avaliado o planejamento urbano de ocupação de espaços de forma adequada, pois pode desencadear fenômenos sociais severos, como por exemplo, o desemprego. Contudo, segundo o Plano Municipal de Saúde de Lajeado/RS (2017) a taxa de desemprego no município caiu de 9,2% em 2000 para 3,1% no ano de 2010. A renda per capita média de Lajeado cresceu 83,45% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 616,43 em 1991, para R\$ 805,03, em 2000, e para R\$ 1.130,85, em 2010.

As dinâmicas¹⁴ do Vale do Taquari referentes aos tipos de negócios, com sua força na produção de alimentos e diversidade econômica, costumam resultar em geração de emprego e renda acima da média estadual. Durante a pandemia causada pela Covid-19, a força do agronegócio no VT manteve-se forte.

A agência¹⁵ FGTAS/Sine de Lajeado/RS encaminha em média 18 solicitações de seguro-desemprego ao dia. No ano de 2021, a unidade atendeu em média 400 pedidos de benefício ao mês, em 2020, diante de um cenário de incertezas econômicas no início de pandemia causada pela Covid-19, eram cerca de 440 solicitações de seguro-desemprego ao mês.

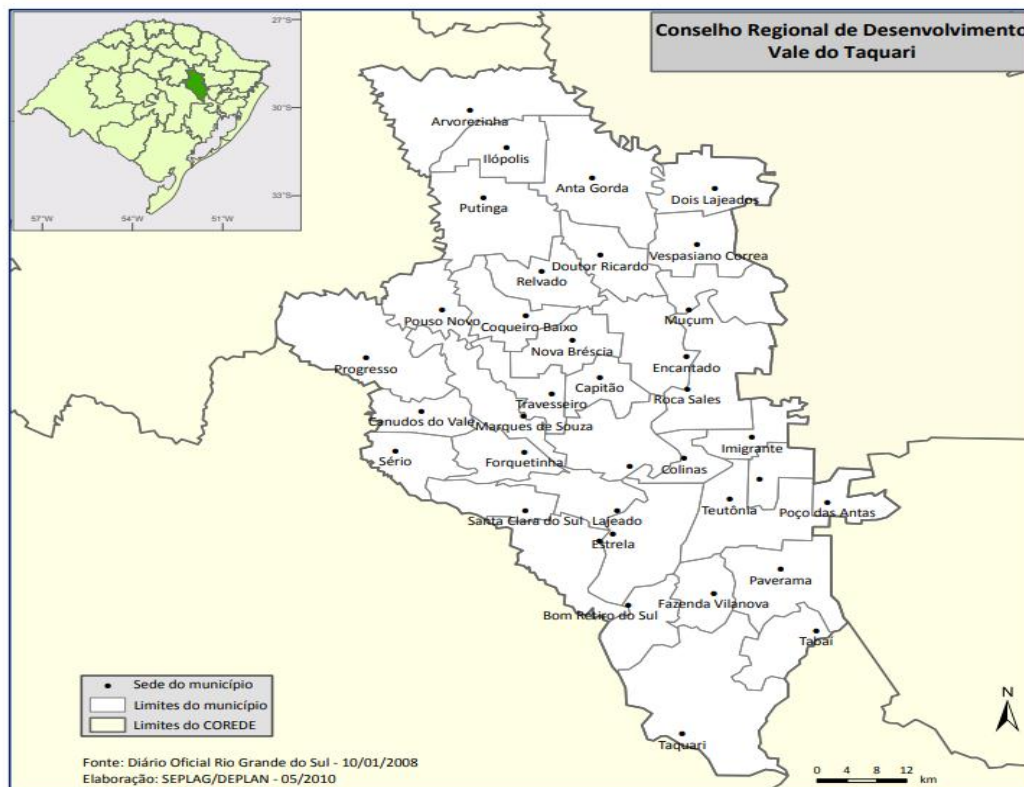
Atualmente o Vale do Taquari/RS, é definido territorialmente como umas das regiões que compõem o Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE). Criado em 1994, o CORED Vale do Taquari/RS é um fórum de discussão para a promoção de políticas e ações que visam o desenvolvimento regional, os quais foram criados pela Lei n° 10.283. (SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, GOVERNANÇA E GESTÃO, 2020). Como mostra a figura abaixo, os municípios que formam a região dentro dos limites do CORED, são: Anta Gorda, Arroio do Meio, Arvorezinha, Bom Retiro do Sul, Canudos do Vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda

14 Informações do Grupo a Hora, datado de 19 de maio de 2020. Disponível em: <<https://grupoahora.net.br/conteudos/2020/05/19/desemprego-cresce-e-afeta-cerca-de-1-milhao-de-gauchos/>> Acesso em: 20 Dez. 2021.

15 Grupo a Hora, datado de 12 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://grupoahora.net.br/conteudos/2022/01/12/pedidos-de-seguro-desemprego-somam-mais-de-400-por-mes-em-lajeado/#:~:text=Pedidos%20de%20seguro%20de%20desemprego%20somam%20mais%20de%20400%20por%20m%C3%AAAs%20em%20Lajeado,-Ag%C3%AAncia%20FGTAS%20Sine&text=Pelo%20menos%204%2C8%20mil,econ%C3%B4micas%20no%20in%C3%ADcio%20da%20pandemia.>> Acesso em: 03 Fev. 2022.

Vila Nova, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, Sério, Tabaí, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Vespasiano Corrêa e Westfália.

Figura 1- Municípios que compõem o COREDE Vale do Taquari



Fonte: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. 2010.

Em meados dos anos de 1800, ainda não havia a divisão por regiões, ou seja, não havia a denominação de “Vale do Taquari”, assim, todo o território do Vale fazia parte do município de Taquari. O território de Taquari correspondia a uma grande área, envolvendo os atuais municípios de Lajeado/RS, Venâncio Aires/RS, partes de Guaporé/RS e de Santa Cruz/RS, Estrela/RS e a Vila de Santo Amaro do Sul/RS. (KREUTZ; MACHADO, 2017).

Portanto, o Vale do Taquari no ano de 1876, tinha apenas dois municípios, Taquari e Estrela. Ainda no século XIX, Estrela perdeu parte significativa do seu território com a emancipação política de Lajeado/RS, ocorrida em 26 de janeiro de 1891, e sua instalação, em 25 de fevereiro de 1891. (KREUTZ; MACHADO, 2017).

O território do atual município de Lajeado/RS, em seu início, foi habitado pelos aborígenes, como primeiros e legítimos proprietários. O povoamento da região começou em Taquari, em 1757, com a vinda de 27 casais açorianos para Santo Amaro e, três anos depois, 14 casais açorianos se fixaram em Taquari. Em 1862, deu-se início ao povoamento de Lajeado com a construção do Engenho. “No ano de 1870, o território de Lajeado ainda pertencia ao município de Estrela/RS, só em 1891 é que se tornou município.” (SCHEIBE; PICCININI; BRAGA, 2017, p. 5).

Em 1875, Lajeado foi elevado à categoria de sede distrital. Em 1881, foi elevado à categoria de Freguesia e em 1891, desmembrou-se o município de Lajeado, tendo como sede a vila do mesmo nome, situado à margem direita do Rio Taquari. (IBGE CIDADES, 2017).

Na região do VT não existem grandes cidades, apenas quatro podem ser classificadas como cidades médias e as demais são cidades pequenas, contudo algumas cumprem um papel importante para explicar a espacialidade dos movimentos populacionais. Conforme dados do IBGE (2010), das 36 apenas quatro cidades da região concentravam mais de 58,8% da população, a saber: Lajeado (71.180), Estrela (25.913), Teutônia (23.322) e Taquari (21.875), enquanto as demais apresentavam menos de 20.000 habitantes, cada uma. (BARDEN, et. al. 2018, p. 257).

Lajeado, cidade-sede do Vale do Taquari/RS, concentra, atualmente, o total de 85.033 habitantes (IBGE CIDADES, 2020), com uma área de 90,087 Km², distribuídos em vinte e sete bairros. Considerada uma cidade média, que de acordo com Scheibe, Piccinini e Braga (2017), é compreendida como cidades definidas não apenas por seus tamanhos demográficos e dimensões, e sim, pelas funções que desempenham na rede urbana, ou seja, “o papel dos fluxos de mediação (bens, serviços, informação, administração, etc.) entre os territórios da sua área de influência e dos outros centros e áreas menores. Essas cidades exercem funções de intermediação entre os espaços regionais e ainda globais.” (SCHEIBE; PICCININI; BRAGA, 2017, p.2).

O caso de Lajeado ser considerado uma cidade média, se dá pelo fato de que o município tem um perfil empreendedor, com grandes empresas, sendo um polo comercial e industrial com excelente infraestrutura, que, a partir disso, vê-se que no VT “as atividades produtivas de cada município têm contribuído de maneira heterogênea na formação da riqueza regional, sendo influenciadas pela distribuição da população entre os municípios e a migração de fator mão-de-obra.” (SINDELAR, 2016, p. 2).

É notável que Lajeado é um município que carrega uma grande importância econômica para o desenvolvimento do estado do Rio Grande do Sul, visto que o município faz parte de vários rankings nacionais confirmando a sua potência econômica. Nas décadas de 1970 a 2010,

o “Vale do Taquari evoluiu para uma forte concentração da produção do PIB e da população em algumas cidades, destacando-se Lajeado.” (BARDEN, et al. 2018, p. 259). São cinco¹⁶ as cidades do Vale do Taquari/RS que estão entre as 100 maiores economias do Rio Grande do Sul. Principal polo econômico do Vale, Lajeado mantém posição de destaque no ranking, ocupando a 17ª posição, a mesma do levantamento anterior, do ano de 2017. Está à frente de municípios como Alvorada, Bagé, Sapucaia do Sul, Uruguaiana e Viamão. A soma de bens e serviços produzidos chega a R \$4,2 bilhões, um aumento de 10%, respondendo por 0,93% do PIB gaúcho.

No ano de 2021 em Lajeado¹⁷, foram registradas -11,7 mil admissões formais e -13,6 mil desligamentos, resultando em um saldo de 1919 novos trabalhadores, e esse desempenho é superior ao ano de 2020, quando o saldo foi de -55. A arrecadação municipal apresentou crescimento de 20% no último ano, passando de R\$154,7 milhões, em 2019, para R \$185,1 milhões, em 2020. Até agosto de 2021 houve registro de 371 novas empresas na cidade, sendo que 44 atuam pela internet. Na região, somam-se o total de 1.742 novas empresas, valor que é superior ao desempenho do ano passado.

O PIB da cidade que é de cerca de R\$ 4,2 bilhões, sendo que 62,5% do valor adicionado advém dos serviços, a indústria (25,7%) e a administração pública (11,4%) aparecem na sequência, enquanto na agropecuária (0,4%) tem a menor participação na economia da cidade. O município possui 38,6 mil empregos com carteira assinada, a ocupação predominante destes trabalhadores é a de auxiliar de escritório (2288), seguido de magarefe (1960) e de abatedor (1836). Do total de trabalhadores, as três atividades que mais empregam são: abate de aves (5070), administração pública em geral (2106) e construção de edifícios (1534).

Diante desses dados, observa-se que atividades relacionadas ao abatimento de aves, tem se destacado e tem gerado emprego significativo no município, espaço este, que tem dado oportunidades de emprego e renda para muitos imigrantes na região.

De acordo com Cerutti (2021) devido à escassez de mão de obra no período de 2010 a 2014, a entrada de imigrantes internacionais mostrou-se como uma possibilidade para suprir essa necessidade, assim, a partir do ano de 2010, empresários do Vale do Taquari/RS recrutaram uma parcela de imigrantes haitianos que chegaram ao Brasil pela fronteira do estado do Acre,

16 Grupo a Hora, datado de 17 de dezembro de 2020. Disponível em: <<https://grupoahora.net.br/conteudos/2020/12/17/vale-do-taquari-tem-cinco-municipios-entre-as-100-maiores-economias-do-rs/>> Acesso em: 15 Jan. 2022.

17 Informações obtidas no site Caravela de dados e estatísticas (2021). Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7jnj9AaJWCoJ:https://www.caravela.info/regional/lajeado---rs+&cd=14&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>.

com o desejo de inserção no mercado de trabalho formal. De acordo com os dados da RAIS, “o número de trabalhadores imigrantes internacionais do VT passou de 60, em 2010, para 1.310 em 2018, representando um crescimento de 2.183,3% no período analisado.” (CAZAROTTO; SINDELAR, 2020, p. 265).

Percebe-se que, o fluxo migratório internacional no município de Lajeado está relacionado com atividades laborais, pois, “a região apresentou um crescimento das plantas da indústria de transformação, associado às cadeias agroalimentares, especialmente de abate de animais, processamento de carnes e processamento de laticínios, e também do setor de serviços” (CAZAROTTO; SINDELAR, 2020, p. 276), o que tornou-se atrativo para a população imigrante, considerando que esse grupo de pessoas se mudam muitas vezes por motivos financeiros, em busca de melhores condições de vida, encontrando no município de Lajeado, oportunidade de um emprego formal.

2.2 Imigração internacional contemporânea no Vale do Taquari e Lajeado/RS

A escolha do município de Lajeado/RS como território de análise se deu por sua realidade local, a expressiva manifestação do fenômeno migratório internacional na região. Segundo Cazarotto e Sindelar (2020), nos últimos anos o Vale do Taquari/RS tem recebido um significativo fluxo migratório internacional. De 2010 a 2018, o fluxo de imigrantes internacionais ingressantes na região do Vale era de 2.395 habitantes. De 2012 em diante, o VT recebeu imigrantes internacionais em busca de emprego e melhores condições de vida e de recursos para serem enviados à terra natal. (ROSA, 2021).

Atualmente, o VT é considerado uma das regiões que mais recebeu imigrantes haitianos no estado do Rio Grande do Sul, pelo fato de que a oferta de empregos formais não qualificados nas indústrias de transformação é uma oportunidade de emprego e renda oferecida para imigrantes na região. Brun (2020) relata que as empresas empregadoras estimam que os haitianos representem em torno de 70% dos imigrantes contemporâneos na região, dentre outros grupos de imigrantes - senegaleses, bengaleses, indianos e afegãos - (0,18% da população total). Segundo gestores de empresas frigoríficas do território, entre 2011 e 2015 houve aumento na oferta de empregos para imigrantes no setor frigorífico, com pico em 2013.

Cazarotto e Sindelar (2020), afirmam que por falta de oportunidades, aos imigrantes estrangeiros, coube principalmente a ocupação de vagas que os nacionais não querem ocupar, como por exemplo, as vagas em frigoríficos de carne, devido às condições precárias de trabalho. Muitos imigrantes internacionais residentes no Brasil, embora inseridos no mercado de trabalho

formal, a maioria não acessa condições decentes de trabalho. Assim, no VT “a partir de 2012 estes complexos agroindustriais vislumbram demandar mão de obra internacional, frente a insuficiência de força de trabalho que se apresentava na região, para este tipo de trabalho.” (CAZAROTTO, et al. 2019, p. 2).

Entre os anos de 2010 e 2019 houve um crescimento de 23,9% no volume de trabalhadores imigrantes qualificados no mercado de trabalho formal brasileiro, percentual abaixo dos cerca de 168,0% do aumento do volume de trabalhadores imigrantes como um todo, como informado no relatório da Relação Anual de Informações Sociais. (RAIS, 2020). Para Spinelli, Braga e Scheibe (2018) o município de Lajeado tornou-se destino de imigrantes haitianos no Rio Grande do Sul pela oferta de empregos formais não qualificados na indústria frigorífica.

Em Lajeado, os imigrantes surgem como uma mão-de-obra necessária, então eles ocupam espaços essenciais para o empresariado, que pouco se importava quem estavam contratando, apenas queriam trabalhadores que fossem realizar seu serviço bem feito e de preferência que fossem submissos. (DIEHL, 2016, p. 115).

As condições de trabalho dos trabalhadores das indústrias frigoríficas são de extrema precariedade, a jornada exaustiva, a exposição a instrumentos cortantes, realização de movimentos repetitivos, condições de trabalhos estas que podem gerar uma grande pressão psicológica nos trabalhadores desses espaços. Além disso, o rígido controle da baixa temperatura do ambiente contribui para o desenvolvimento de doenças gripais, o que pode elevar o risco da contaminação do vírus da Covid-19 por estes trabalhadores.

Diante disso, o Ministério do Trabalho determina alguns padrões que devem ser seguidos para a proteção dos trabalhadores das indústrias frigoríficas, através da Norma Regulamentadora NR -36, publicada pela portaria MTE nº555 de 18 de abril de 2013. Entre as principais medidas introduzidas na norma, estão o direito à pausa e os equipamentos de proteção individual que sejam específicos para oferecer segurança com eficácia aos riscos de trabalho.

Segundo o site do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (2020), devido à exposição ao vírus da Covid-19 dos trabalhadores de frigoríficos de carne, o governo Federal determinou medidas de prevenção e controle da Covid-19 em frigoríficos e indústrias de laticínios. Conjuntamente com os Ministérios da Economia e da Saúde, o governo Federal determina que as orientações contidas na Portaria Conjunta nº 19, de 18 de junho de 2020, são de observância obrigatória. Entre as orientações da portaria, está a necessidade de acompanhamento de sinais e sintomas de Covid-19 e afastamento imediato por 14 dias dos funcionários que tiverem casos confirmados, suspeitos ou contactantes de confirmados pelo vírus.

Diante dessas informações, percebe-se que a imigração envolve muitos aspectos da sociedade, desde questões econômicas, políticas, sociais, trabalhistas, de saúde, dentre outras. Percebe-se então que, o Vale do Taquari e Lajeado/RS configuram-se como uma região bastante relevante para discussões que tratam de imigração internacional.

Em conformidade ao Plano Municipal de Saúde do município de Lajeado (2017), a vinda de imigrantes provenientes do Haiti, Senegal, Nigéria, Índia, Bangladesh, Guiné Bissau e República do Belém iniciou em meados de 2011, totalizando 1.200 até o ano de 2017. A vinda dessas populações de diferentes nacionalidades corroborou para o crescimento da população ativa/produtiva e do aumento da natalidade na região. Atualmente o município conta com 2.133 imigrantes, e dentre as 59 diferentes nacionalidades, a maior representação é a de população haitiana, totalizando 1.161.

Para Braun (2020) nas cidades do Vale do Taquari, os haitianos têm a possibilidade de acesso ao mercado de trabalho formal, e às políticas públicas (educação, saúde e assistência social). O município¹⁸ de Lajeado/RS recebeu o selo MigraCidades 2021, concedido pela Organização Internacional para as Migrações (OIM) em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A certificação tem como objetivo reconhecer o engajamento dos governos em aprimorar a governança migratória e dar visibilidade às boas práticas identificadas nos estados e municípios brasileiros. Lajeado está entre as 46 cidades brasileiras participantes.

Entre os aspectos analisados para o recebimento dessa certificação pela organização, estão: a estrutura institucional de governança e estratégia local; capacitação de servidores públicos; transparência e acesso à informação; acesso a direitos, à educação, ao mercado de trabalho, a saúde, entre outros aspectos relacionados à integração e ao bem-estar dos imigrantes.

2.3 A organização do Sistema Único de Saúde de Lajeado/RS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o conjunto¹⁹ de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Entende-se o SUS da seguinte

18 Coluna Grupo Independentes, datado de 16 de dezembro de 2021. Disponível em: <<https://independente.com.br/lajeado-recebe-selo-migracidades-2021-em-reconhecimento-ao-bom-acolhimento-de-migrantes/>> Acesso em: 15 jan. 2022.

19 Informações obtidas no site do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro CES-RJ. Disponível em: <<http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/noticias/577-conheca-o-sus-e-seus-principios-fundamentais.html>> Acesso em: 23 Mar. 2022.

maneira: um núcleo comum, que concentra os princípios doutrinários, sendo eles: a universalidade, a integralidade e a equidade. Há também uma forma de operacionalização, os princípios organizativos: regionalização e hierarquização; descentralização e comando único; e a participação popular.

Os princípios organizativos do SUS tratam-se da concretização do SUS na prática. A regionalização e a hierarquização, significa que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A descentralização e o comando único é redistribuir o poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do comando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Por fim, a participação popular, manifesta a participação dos usuários do SUS e cidadãos no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

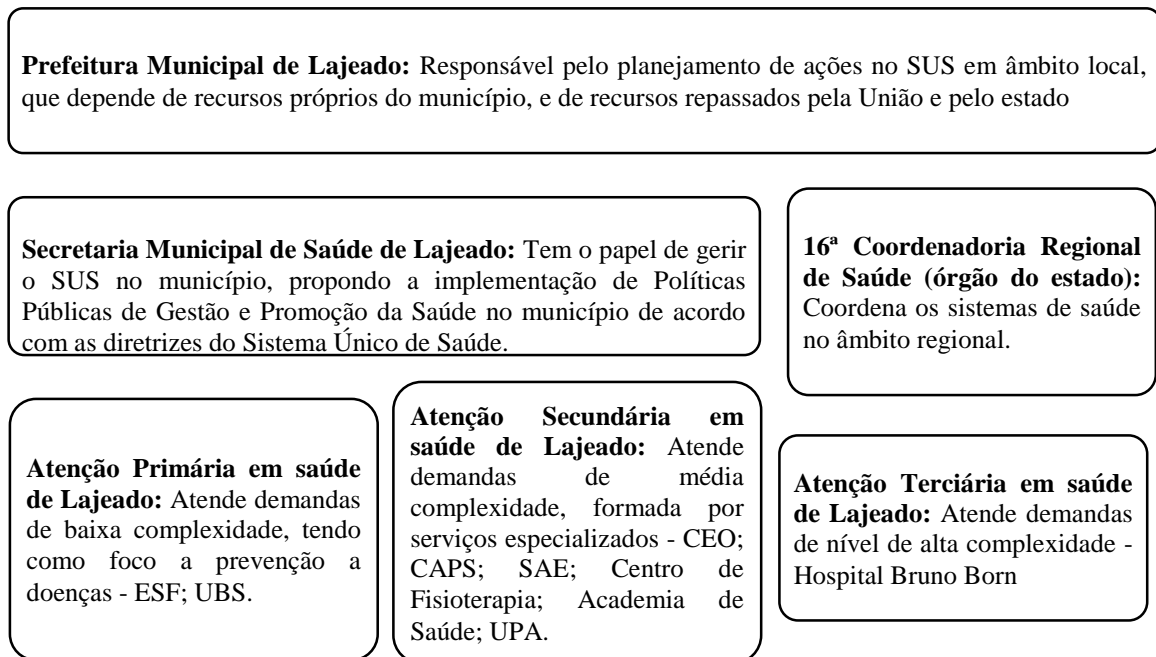
O município de Lajeado/RS iniciou²⁰ com a Gestão Plena da Saúde na Competência 07/2013, sob a resolução CIB nº 225/13. Considerando a hierarquização do Sistema Único de Saúde, o sistema público de saúde é dividido em três níveis de atenção em saúde, sendo eles: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. O sistema de saúde do município pesquisado, atua de forma descentralizada, com atendimentos de baixa, média e alta complexidade, assim como, atendimentos de urgência de baixa e média complexidade, diminuindo assim a sobrecarga dos hospitais de maior porte, liberando-os para o atendimento de alta complexidade.

O Sistema Único de Saúde é formado pelo gestor nacional, o Ministério da Saúde que tem papel de monitorar, fiscalizar, avaliar políticas e ações em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. (BRASIL, 2021). Na imagem abaixo é possível visualizar como o Sistema Único de Saúde de Lajeado/RS está organizado. A imagem apresenta os dois principais

20 Essas informações podem ser encontradas no site da Prefeitura Municipal de Lajeado. Disponível em: <<https://www.lajeado.rs.gov.br/>> Acesso em: 15 Fev.2022.

órgãos de competência em âmbito municipal, já que a Prefeitura e a Secretaria Municipal de Saúde atuam na gestão e organização dos níveis de atenção em seu território, conjuntamente com a União e o estado.

Gráfico 2 – Organização do SUS de Lajeado/RS



Fonte: Elaboração da autora, 2021.

A Prefeitura Municipal de Lajeado/RS é um importante órgão de competência local, pois, o princípio de descentralização do SUS, ocorre pela transparência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. (BRASIL, 2009).

O Sistema Único de Saúde é um dever do Estado, porém, não apenas o Estado como o Governo Federal, mas com a participação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Assim, a implementação do SUS e a sua gestão, são também, responsabilidades dos municípios, que devem trabalhar conjuntamente com as esferas do governo.

A Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela

respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (BRASIL, 2009).

As Secretarias Municipais de Saúde, tem como principais funções, facilitar o acesso à assistência à saúde para todas as pessoas, com foco na prestação de serviço de modo integral, a articulação entre os componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a partir da regulação do acesso e da integração das informações, assim como, promover ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde da população. (BRASIL, 2009).

A Secretaria Municipal de Saúde (SESA) de Lajeado/RS, tem como atual Secretário Municipal de Saúde o médico Cláudio André Klein. Na sede da Secretaria, é possível acessar o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), sendo este, um programa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em parceria com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, que tem como objetivo descentralizar o planejamento de ações de educação em saúde para os municípios. Além disso, na sede da SESA, encontram-se espaços de sistemas de informação; Regulação e Auditoria; Marcação; Patrimônio/Compras; Transporte; Coordenação (Nutrição, Odontologia, Enfermagem, Medicina, Saúde Mental); Vigilância em Saúde e a sede do Conselho Municipal de Saúde. Segundo informações obtidas no site da Prefeitura Municipal de Lajeado/RS.

Da mesma forma em que existem os Conselhos Estaduais de Saúde (CES/RS), nos municípios o controle social das cidades se efetiva através do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Em concordância com o Plano Municipal de Saúde (2017) de Lajeado/RS, o Conselho Municipal de Saúde, em seu território, foi criado em 11/05/1992, pela Lei nº 4778. O CMS é a instância municipal de caráter permanente e deliberativo na formulação, avaliação controle e normatização da política e do sistema municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, que atua para complementar a ação do Poder Executivo e assessorar o Poder legislativo nas decisões relacionadas à saúde, de comprovada relevância comunitária.

O Conselho Municipal de Saúde de Lajeado/RS possui representação comunitária a partir de seus quatro segmentos: governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, tendo na sua totalidade 32 conselheiros, destes, 16 são usuários, 08 são profissionais da saúde e 08 são gestores e prestadores de serviços.

No âmbito regional, a saúde de Lajeado/RS tem como representação a 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), e sua sede está localizada no município. A regionalização de saúde significa descentralizar o poder, os recursos, o gerenciamento e o controle das ações e serviços, e isso implica o movimento do sistema de saúde como um todo, servindo de modelo de organização e gestão, assim, o SUS, é um sistema de saúde,

“regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão nas três esferas governamentais.” (SANTOS, 2010, p.2).

A CRS é um órgão da Secretaria de Estado da Saúde, que “atua em cooperação técnica, financeira e organizacional com os gestores municipais e com os prestadores de serviços com o objetivo de organizar os sistemas locais e regionais de saúde”. (SANTOS, 2010, p. 8). As CRS tem como atribuição,

Coordenar o Sistema de Saúde no âmbito regional através de ações desenvolvidas pela CRS's. • Participar e assessorar as instâncias colegiadas gestoras do Sistema de Saúde no âmbito regional. • Promover o desenvolvimento de recursos humanos, em função das necessidades loco - regionais, em conjunto com os Departamentos, Assessorias e Escola de Saúde Pública da SES. • Participar na formulação de programas, projetos e atividades de saúde no âmbito regional e na programação orçamentária anual da Secretaria da Saúde. (Decreto n.º 36.502 de 11/03/96 que aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde - www.saude.rs.gov.br- modificado). (SANTOS, 2010, p. 8).

O estado do Rio Grande do Sul até o presente momento conta com o total de 18 Coordenadorias Regionais de Saúde. Cada profissional que atua na CRS, é responsável por coordenar diferentes políticas públicas de saúde, como por exemplo: a Política de Promoção da Equidade em Saúde, a Política de Atenção Primária em Saúde, a Política de Saúde Mental, dentre outras.

A 16ª CRS, além do município de Lajeado, possui outras 36 cidades sob sua coordenação, sendo elas: Anta Gorda, Arroio do Meio, Bom Retiro do Sul, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vila Nova, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Vespasiano Corrêa e Westfália.

Sobre o financiamento da saúde pública do município, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Lajeado (2017), os percentuais de aplicação financeira dos Municípios, Estados e União no SUS são definidos pela Lei nº 141/2012. Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações de serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12%. No que compete à União, os recursos aplicados em saúde correspondem ao valor aplicado no ano inteiro, acrescido da variação do PIB, devendo o investimento ser igual ou superior ao percentual investido no ano anterior.

No ano de 2016, em Lajeado/RS, a despesa total com saúde foi de R\$ 1.192,47 por habitantes. O conceito de despesa total com saúde representa o gasto médio com saúde, sob a responsabilidade do município, incluindo aquelas financiadas por outras esferas de governo, por habitantes. Neste mesmo ano, o município recebeu R \$9.395.769,12 de repasse de recursos do Fundo Estadual da Saúde e R \$45.804.194,69 do Fundo Nacional da Saúde. As despesas de custo próprio no ano de 2016 foi de R \$31.792.624,77, ainda nesse mesmo ano, foram gastos R \$198.263,46 com medidas judiciais, por demandas da população com o objetivo de efetivar seu direito à saúde.

Quanto aos serviços da Atenção Primária em Saúde do município, pela prefeitura municipal é entendida como um componente estratégico do SUS, uma forma de intervenção precoce na história natural das doenças potencializando essa intervenção ou mesmo evitando sua necessidade. Para o município, cabe às equipes da Atenção Básica (EAB), às equipes de Saúde da Família (ESF) e a outras modalidades como a Saúde Prisional prestar o atendimento à população do território adscrito. O município concentra uma cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica em saúde de 75,39%. Segue abaixo a relação dos serviços de saúde/SUS existentes em Lajeado, considerando os serviços que compõem os três níveis de atenção à saúde em seu território.

Quadro 2 – Relação dos serviços de saúde/SUS existentes no município de Lajeado/RS

Estabelecimento de saúde	Total
Estratégia de Saúde da Família (ESF)	16 unidades
Estratégias de Saúde Bucal (ESB)	5 unidades
Centro de Saúde	3 unidades
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	1 unidade
Unidade Básica de saúde (UBS)	3 unidades
Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)	3 unidades
Serviço de Assistência Especializada (SAE)	1 unidade
Academia de Saúde	2 unidades
Centro de Fisioterapia	3 unidades
Farmácia escola (convênio com a UNIVATES, sendo referência para dispensação de medicamentos controlados pela portaria 344/98, pelos medicamentos fitoterápicos e dermatológicos devidamente inseridos na Remume, sendo atendidos também os serviços referenciados pelo SUS municipal)	1 unidade
Farmácia de medicação do estado	1 unidade
Equipe de Saúde Prisional	1 unidade

Hospital Bruno Born (mantido pela sociedade beneficência e caridade de Lajeado, uma entidade privada, filantrópica sem fins lucrativos. Possui 188 leitos de internação, sendo 133 habitados pelo SUS)	1 hospital
Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	1 unidade de suporte avançado e 1 unidade de suporte básico

Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Lajeado/RS. Elaboração da pesquisadora, 2021.

Como a principal porta de entrada do SUS, a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de atenção, dos mais simples aos mais complexos. Assim, nas unidades de saúde da APS do município, os principais serviços possíveis de acessar são: consultas, exames, vacinas, e outros procedimentos que são disponibilizados para os usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e das Estratégias de Saúde da Família (ESFs).

Através dos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde, são realizados encaminhamentos para serviços especializados. As UBSs e ESFs são os espaços de saúde que fornecem uma indicação clínica a partir das demandas em saúde de cada usuário, assim, as pessoas que não apresentam demandas de média ou alta complexidade, ou seja, aqueles que não têm necessidades clínicas para um atendimento em outro nível de atenção, são manejados na Atenção Básica. No município, as Unidades de Pronto Atendimento são estruturas de complexidade intermediária entre as UBSs, as ESFs e as Unidades Hospitalares, com importante potencial de absorção das demandas.

Ao analisar a organização do SUS do município, mostra-se claramente que Lajeado/RS possui uma rede ampla de serviços de saúde, tendo UTI, com centros cirúrgicos, centros especializados, dentre outros serviços, que fazem com que Lajeado seja destaque na região do Vale do Taquari/RS. Em²¹ 2014 a região era considerada como a cidade do Rio Grande do Sul com o maior índice de desenvolvimento socioeconômico do estado. O município se destacou em três quesitos avaliados por um levantamento nacional da federação das indústrias do Rio de Janeiro (Firjan), sendo eles: educação, saúde, emprego e renda. Como um dos quesitos de desenvolvimento relacionado à saúde, são avaliados o atendimento nos postos de saúde até o número de vagas para internações. Diferente de outras cidades, no local, no ano de 2014, o tempo de espera no posto de saúde do município não costumava ser maior que 15 minutos.

Diante disso, vê-se que Lajeado/RS, possui uma infraestrutura com diferentes serviços de saúde especializados, com recursos e equipamentos de saúde avançados, que por conta disso,

21 Informação obtida no site do G1 RS. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/06/lajeado-tem-maior-desenvolvimento-socioeconomico-do-rs-diz-firjan.html>> Acesso em: 23 Mar. 2022.

o município atua como referência regional, sendo responsável por atender demandas de outros municípios do Vale do Taquari/RS que necessitam de serviços especializados. O hospital Bruno Born é um serviço de saúde regionalizado, o que fortalece a regulação de serviços de média e alta complexidade, assim o Hospital BB é a principal referência em especialidades como cardiologia e neurologia para os municípios da região. Desse modo, o acesso a todos esses serviços envolve também os imigrantes da região, pois as novas tendências migratórias internacionais estão cada vez maiores, tanto em âmbito nacional quanto regional.

3. IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL

Este capítulo aborda conceitos, dados e discussões sobre o fenômeno migratório recente no Brasil. Além disso, busca contextualizar as condições sociais e de saúde dos imigrantes referentes a pandemia da Covid-19, que em tempos de crise sanitária as principais preocupações com relação a essa população, sujeitam-se a dimensões econômicas, discriminatórias e as dificuldades no acesso à saúde e políticas públicas.

3.1 Imigração e refúgio no Brasil

Entende-se por migração um processo social que resulta de mudanças estruturais regionais, nacionais e/ou internacionais relacionadas à industrialização e à urbanização, levando à concentração das atividades econômicas, que geram desequilíbrios e provocam o deslocamento de pessoas de seu local de origem para residir em outro local. (SOUZA, 1980). Como definição, pode-se dizer que a migração é “o movimento de pessoas de um lugar no mundo para outro a fim de ter residência permanente ou semipermanente, geralmente atravessando uma fronteira política.” (COSTA; REUSCH, 2016, p. 277). Com o aumento das desigualdades entre países desenvolvidos e os países emergentes, com a evolução tecnológica de transporte e a globalização, há o aumento expansivo da mobilidade humana, resultando em um conjunto de causas sociais, ambientais, econômicas e políticas para o fenômeno.

A migração inclui os movimentos de imigração e emigração, podendo estes serem diferenciados entre migração interna e migração internacional. A migração interna, ocorre quando indivíduos se movem entre áreas geográficas de distintas unidades (municípios, estados), e as migrações internacionais ocorrem quando este movimento se dá entre as fronteiras nacionais, isto é, a movimentação de pessoas de um país para outro.

A forma de migrar é uma variável importante de classificar, pois o tipo de migração varia, desde uma forma definitiva ou temporária, individual ou em grandes fluxos, e ao considerar-se a amplitude dessas diferentes formas de migração, entende-se que o deslocamento humano pode-se dar por opção da pessoa, o que caracteriza a migração voluntária, ou estas podem ser forçadas a mover-se, o que é chamado de migração involuntária. A partir disso, vê-se que os deslocamentos acompanham determinadas características, sendo que eles ocorrem por razões previamente estabelecidas. Assim, também pode-se diferenciar os migrantes, “pelo

gênero, classe social, etnicidade, pela razão da migração, pela idade, pela forma de migração, pela natureza e influência na economia global.” (GONÇALVES, 2009, p. 23).

Posto isso, é possível identificar no contexto da imigração internacional dois tipos de sujeitos que migram: sendo os imigrantes e os refugiados. Cada um deles possui algumas diferenças importantes, pois há uma definição política em torno destes conceitos, principalmente ao que se refere às leis, pois no caso dos refugiados, as leis internacionais reconhecem e garantem seus direitos humanos universais. O país que abriga fornece aos refugiados a mesma assistência básica que ofereceria a qualquer estrangeiro que vive legalmente no país. Já em relação aos imigrantes, eles têm que se manter por conta própria durante a estadia no país de destino e possuir documentos legais, caso não tenham essa documentação, correm o risco de serem deportados para o seu país de origem, o que não acontece com os refugiados. (ACNUR, 2018).

Os fundamentos da proteção das pessoas refugiadas se encontram na Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 e seu Protocolo de 1967. Relativo ao Estatuto dos Refugiados, e estabelecem os princípios legais sobre os quais se baseiam inúmeras legislações e práticas internacionais, regionais e nacionais. (ACNUR, 2018). Um dos principais pontos da Convenção de 1951 é que “os refugiados não podem ser expulsos ou devolvidos para fronteiras ou territórios onde suas vidas ou liberdade estejam ameaçadas. A Convenção também estabelece os direitos básicos que os países signatários devem garantir aos refugiados”. (ACNUR, 2018, p. 7).

O Brasil tem uma legislação de refúgio considerada moderna (Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997) por adotar um conceito ampliado para o reconhecimento de refugiados. Para além do conceito estabelecido pela Convenção de 1951, a legislação brasileira também reconhece como refugiado todas as pessoas que buscam segurança diante de situações de grave e generalizada violação de direitos humanos. (ACNUR, 2018, p. 18).

O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) reconhece também como marco significativo para a população migrante no Brasil, a aprovação da nova Lei da Migração Lei nº 13.445/2017, que regula a entrada e a permanência de estrangeiros no Brasil e substituiu o Estatuto do Estrangeiro (EE), criado em 1980 durante a ditadura militar. A nova Lei trata o movimento migratório como um direito humano e garante ao migrante, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade. Os migrantes poderão também filiar-se em sindicatos, participar de protestos e ter acesso a programas e benefícios sociais.

Diante disso, vê-se que os direitos dos migrantes têm emergido como um tema importante na agenda de conferências e fóruns relacionados com a migração, porém, discussões, novas leis, parecem não ser suficientes para a garantia dos direitos dessa população, pois o desafio é transformar essa preocupação em ações concretas. Mas, para melhor compreender a diferença entre imigrante e refugiado, para além das discussões jurídicas, primeiro é importante saber quais são os motivos que levam essas pessoas a se deslocarem de um local para o outro. “Por muitas que sejam as condicionantes externas à sua decisão – trata-se de um contexto económico ou do contexto social de acção –, é a racionalidade individual que, no limite, conjuga (diferenciadamente) estas envolventes e promove a decisão de mobilidade.” (PEIXOTO, 2004, p. 13).

A história disciplinar das teorias sobre as migrações é, em vários aspectos, atribulada. Para Peixoto (2004) as migrações são temas cuja complexidade não pode ser exaurida por nenhum olhar disciplinar isolado. Na sociologia atual, o tema das migrações não surge de forma independente.

Peixoto (2019) entende que as teorias sobre migrações têm revelado grandes mudanças nas últimas décadas, procurando acompanhar as novas tendências. Por um lado, segundo o autor, existem autores que enfatizam o aumento dos movimentos contemporâneos e o seu carácter aparentemente irreversível. São hoje bem conhecidas e largamente aceitas as teorias que descrevem a atualidade como a “era das migrações”, bem como as que alargam o aumento dos movimentos migratórios a uma esfera ainda mais fluída de mobilidade. Por outro lado, outras observações realçam as limitações daquelas teorias, por não realçarem as múltiplas cambiantes do relacionamento humano com o território, por não destacarem os numerosos obstáculos à mobilidade, resultantes do crescimento das políticas restritivas e dos nacionalismos, e por não discutirem a manutenção das desigualdades sociais.

Segundo Peixoto (2019) o caso do pensamento económico neoclássico é exemplar, o primeiro foi Ravenstein a apresentar familiaridade com essa área. A teoria dele era que o motivo principal de uma migração era o desejo do agente individual, com a tentativa de melhorar a sua condição económica. É com base em informação acerca das características da sua região de origem e das potenciais regiões de destino (em particular a situação de emprego e níveis salariais), que o imigrante se decide por um percurso migratório.

De acordo com o autor citado anteriormente (2004), outros autores seguiram a mesma lógica de pensamento de Ravenstein, Zipf e Stouffer ou a generalização teórica de Lee e apresentavam como ponto comum a ideia de que,

era a conjugação individual dos factores de atração e repulsão (incluindo as “oportunidades” existentes), em conjunto com uma série de “obstáculos” ou inércias à deslocação (como a distância), que explicavam a migração. O argumento de Lee acerca das causas da migração é claro. Para ele, os elementos que presidem à decisão e ao processo migratório são os factores associados à área de origem, factores associados à área de destino, “obstáculos intervenientes” e factores pessoais. Nos primeiros, encontram-se tanto motivos de ordem económica como infra-estruturas sociais (escolas, por exemplo) ou outros (factores climáticos). Nos “obstáculos intervenientes” (elementos que se colocam “entre dois pontos” geográficos e que funcionam como fricção à possibilidade de movimento) contam-se a distância, os custos da deslocação, a dimensão da família ou leis migratórias, entre outros. Os factores pessoais são os que fazem com que todas as decisões sejam individualmente variáveis, como sejam a posição no ciclo de vida, os contactos e fontes de informação, ocorrências pessoais fortuitas, etc. (PEIXOTO, 2019, p. 14-15).

“Os motivos materiais ocupam um lugar preponderante: condições atuais e potenciais de emprego e níveis de rendimento. Em síntese, a explicação das migrações indica que os indivíduos apenas se movem quando os custos do movimento são inferiores aos benefícios esperados.” (PEIXOTO, 2004, p. 15). Não existe uma definição ou teoria única sobre as migrações internacionais, pois a imigração ora é uma questão demográfica: influencia a dimensão das populações na origem e no destino; ora é uma questão económica: muitas mudanças na população são devidas a desequilíbrios económicos entre diferentes áreas; podendo ser também uma questão política.

Percebe-se que as migrações internacionais são fenómenos de grande complexidade, em particular no que se refere às suas causas. Geralmente, os impulsos migratórios são motivados por questões económicas. Com a globalização, as migrações ocorrem muito por conta desse fator, tendo em vista a busca por emprego e melhores condições de vida, por parte dos imigrantes, podendo também ter relação com elementos sociais, culturais, políticos, ambientais, dentre outros. Os fluxos migratórios internacionais, também podem acontecer de forma espontânea, ou aqueles motivados por perseguição política, étnica, religiosa ou por guerras. A chamada imigração forçada é uma das formas mais dolorosas do deslocamento humano, que vêm crescendo cada vez mais nas últimas décadas.

De modo geral, grande parte dos imigrantes move-se em busca de refúgio e asilo, sendo amplo e diversificado o perfil desses imigrantes. Todos os anos ao redor do mundo milhares de refugiados e um número ainda maior de pessoas deslocadas dentro de seus próprios países são forçadas a abandonar suas casas, seus empregos, familiares, amigos e bens, para preservar sua liberdade, garantir sua segurança e assegurar sua vida. Não se trata de uma escolha, mas, sim, da única opção possível. (ACNUR, 2018). “Nos últimos anos, a persistência ou o agravamento de conflitos armados causou um aumento vertiginoso do número de pessoas obrigadas a abandonarem seu próprio domicílio.” (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 19). Os refugiados estão

fora de seu país de origem devido a fundados temores de perseguição relacionados à sua raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política. Também são consideradas refugiadas aquelas pessoas que foram obrigadas a deixar seus países devido a conflitos armados, violência generalizada e graves violações de direitos humanos. (ACNUR, 2018).

Diferente dos imigrantes internacionais, “os refugiados não escolhem viver em outros países por motivos econômicos, e sim para salvar suas vidas ou garantir sua liberdade e seus direitos.” (COSTA; REUSCH, 2016, p. 279). Já os migrantes internacionais escolhem viver no exterior principalmente por motivação econômica, podendo voltar com segurança a seu país de origem se assim desejarem. Porém, ainda que haja diferença entre ambos, seja no tipo de migração ou na legislação, o imigrante e o refugiado são cada vez mais confundidos entre si, tanto na mídia, quanto na comunidade em geral, e para além disso, são tratados com desconfiança, preconceito e intolerância.

Diante da intensa mobilidade humana que vem crescendo cada vez mais no Brasil e em diferentes partes do mundo, fica a seguinte pergunta: quem são as pessoas que se deslocam todos os anos? “A Agência da ONU para Refugiados (UNHCR, 2018a), destaca informações para três países focos de intensos fluxos de refugiados: Espanha, Itália e Grécia.” (MOURA, 2019, p. 16). Também a Turquia, que recebeu o maior número de refugiados do mundo, um total de 2,9 milhões, vindo principalmente da Síria. O país ainda abriga cerca de 30.400 refugiados do Iraque, acolhendo também um número cada vez maior de refugiados vindos do Sudão do Sul, Somália, Sudão, República Democrática do Congo, República Centro-Africana, Eritreia e Burundi. A Síria foi o país que mais gerou refugiados no mundo, com cerca de 824.400 pessoas que foram forçadas a fugir dos conflitos que assolam o seu país. As crises na África subsaariana também levaram a novos deslocamentos. Quase 737.400 pessoas deixaram o Sudão do Sul para escapar de uma crise humanitária que cresceu consideravelmente em 2016. Burundi, Iraque, Nigéria e Eritreia também geraram grande número de refugiados. (ACNUR, 2020).

Atualmente, novos refugiados foram obrigados a se deslocar para salvar suas vidas na Ucrânia, após a invasão das tropas russas no país, iniciado em 24 de fevereiro de 2022. Para a ACNUR (2022) em um mês após a invasão russa, mais de 10 milhões de pessoas foram obrigadas a fugir da Ucrânia, deixando suas casas e pertences para trás. Mais de 6,5 milhões de pessoas estão deslocadas dentro do país e 3,7 milhões de pessoas foram forçadas a fugir do país. Para a agência da ONU estes números estão aumentando a cada dia. Estima-se que cerca de 13 milhões de pessoas estejam presas em áreas afetadas ou impedidas de sair devido ao aumento

dos riscos de segurança, destruição de pontes e estradas, bem como a falta de recursos ou informações sobre onde encontrar segurança e alojamento.

Entre as principais razões apontadas referente ao conflito entre Rússia e Ucrânia, estão: a expansão da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) pelo Leste Europeu, a possibilidade de adesão da Ucrânia à aliança militar, a contestação ao direito da Ucrânia à soberania independente da Rússia e o desejo de Vladimir Putin (Presidente da Rússia) de restabelecer a zona de influência da União Soviética. (APARECIDO; AGUILHAR, 2022).

No Brasil, segundo dados divulgados pelo Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) na 6ª edição do relatório “Refúgio em Números” ao final de 2020 havia o total de 57.099 pessoas refugiadas reconhecidas pelo Brasil. No ano de 2020 foram feitas 28.899 solicitações da condição de refugiado, sendo que o CONARE reconheceu 26.577 pessoas de diversas nacionalidades como refugiadas, sendo (50,3%) homens e (44,3%) mulheres, predominantemente na faixa de 25 a 39 anos de idade. As nacionalidades com o maior número de pessoas refugiadas reconhecidas, entre os anos de 2011 e 2020, são a de venezuelanos com o total de (46.412), seguida dos sírios (3.594) e congolezes (1.050). Dentre os solicitantes da condição de refugiados as nacionalidades mais representativas foram de venezuelanos (60%), haitianos (23%) e cubanos (5%). Até o momento, mais de 768 mil solicitações de reconhecimento da situação de refugiados foram registradas por venezuelanos em todo o mundo, a maioria dos países da América Latina e no Caribe. (ACNUR, 2021).

Em 2020, 75,5% das solicitações apreciadas pelo CONARE foram registradas nas Unidades da Federação (UF) que compõem a região norte do Brasil. O estado de Roraima concentrou o maior volume de solicitações de refúgio apreciadas pelo CONARE (60%), seguida pelo Amazonas (10%) e São Paulo (9%). Nos últimos três anos os venezuelanos foram a nacionalidade que mais ingressou com pedidos de refúgio no país (132,5 mil), seguida por haitianos (30,2 mil) e cubanos (8,1 mil). Esses solicitantes de reconhecimento da condição de refugiado entraram com seus pedidos, em maior medida, no estado de Roraima, que recebeu (81,6%) das solicitações, à frente de São Paulo (9,7%) e Mato Grosso do Sul (3,5%). (ACNUR, 2021).

Em termos globais, “o crescimento das migrações segue rápido e contínuo. Conflitos, pobreza, desigualdade e inexistência de condições de vida sustentáveis induzem fluxos migratórios internacionais”. (MOURA, 2019, p. 12). Diante disso, o que leva a preocupação das autoridades e dos diferentes governos do mundo é de como se dá esses deslocamentos, principalmente em regiões marítimas, pois “aquilo que está em causa é a realização de um

percurso, por parte do indivíduo, por diferentes posições sociais; apesar da importância das forças” estruturantes”, sabe-se que estes percursos assumem, sempre, características individualizadas (ou, noutros termos, biográficas).” (PEIXOTO, 2004, p. 19).

O percurso desenvolvido por imigrantes e refugiados são repletos de perigos, as condições em que se dão esses fluxos são ainda mais drásticas, no deserto, nas montanhas ou no mar, com travessias em completa vulnerabilidade. As travessias são feitas em precárias embarcações, botes infláveis ou balsas improvisadas, homens, mulheres, crianças e idosos em completo grau de vulnerabilidade. Naufrágios com vítimas são recorrentes, cerca de 3.200 pessoas perderam suas vidas no mar enquanto viajavam para a Europa, a maioria ao tentar atravessar para a Itália, ao longo da Costa da Líbia. Mais que salvar migrantes de abusos e tragédias evitáveis, faltam políticas efetivas que evitem diásporas ou êxodos contínuos pela falta de opção laboral ou de sobrevivência em muitos países com condições de guerra ou de fome. (MOURA, 2019).

Sendo assim, sabe-se que a imigração internacional não é novidade no Brasil, pois desde o início da colonização o país tem sido destino de diversas migrações europeias e asiáticas, e também a migração forçada de africanos, estes cruelmente explorados durante o período da escravidão. Mas, diferentemente das migrações do final do século XIX e até a década de 1930, em que as pessoas originárias do Norte Global (maioritariamente europeus) constituíam os principais fluxos migratórios no país, na atualidade e mais precisamente no primeiro quinquênio da presente década, constata-se o incremento de imigrantes provenientes do Sul Global (por exemplo: senegaleses, congolese, angolanos, haitianos e venezuelanos, entre outros). (OBMIGRA, 2020). Assim, pode-se identificar no Brasil uma população diversa e que chega ao país com diferentes origens geográficas, sociais, culturais, entre outros aspectos.

De acordo com o Observatório das Migrações Internacionais (OBmigra, 2020), no primeiro semestre de 2020, as principais nacionalidades com maiores movimentações no mercado de trabalho brasileiro são todas latino-americanas (haitianos, venezuelanos, paraguaios, argentinos e bolivianos). Dentre essas nacionalidades, os haitianos e os venezuelanos lideram o ranking de solicitações de refúgio no Brasil. O Haiti que é um país marcado por uma série de governos ditatoriais e golpes de estado, teve como início a chegada de haitianos ao país a partir do ano de 2010, quando em 12 de janeiro do mesmo ano, Haiti foi vítima de um catastrófico terremoto, provocando uma série de feridos, desabrigados e de mortes, contribuindo para a movimentação de haitianos para o Brasil.

Também dentro da América Latina, o Brasil tem presenciado um crescente na chegada de venezuelanos que escolheram outros países da América do Sul para tentar a sorte, devido à instabilidade política e a atual crise econômica considerada a maior crise da história econômica do país, levando milhares de venezuelanos a passar fome, devido à falta de alimento, e a falta de outros itens no mercado, como medicamento e produtos higiênicos.

Moura (2019) em sua pesquisa ao Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais (DAES) da Organização das Nações Unidas (ONU) e do Ministério da Justiça brasileiro, o relatório da Organização Internacional de Migração (OIM) de julho de 2018 informa que o Brasil recebeu apenas 2% dos 2.328.949 imigrantes venezuelanos no mundo em 2018, dos quais 1.529.021 se encontram em países sul-americanos (OIM, 2018a), ou seja, pelo menos 50 mil venezuelanos se fixaram no Brasil até julho de 2018.

Pode parecer pequeno o número de imigrantes venezuelanos recebido pelo Brasil até esse período, mas é bastante elevado se considerar sua porta de entrada, o município de Pacaraima, com pouco mais de 10 mil habitantes, sendo que o acesso de imigrantes venezuelanos ao Brasil é dificultado pela presença da floresta amazônica na fronteira. Em cidades como essa, as pressões sobre os serviços públicos e infraestrutura locais são enormes. (MOURA, 2019).

De acordo com (OBmigra, 2020), imigrantes de diferentes partes do hemisfério sul no primeiro quinquênio e, especialmente, latino-americanos nos últimos anos caracterizaram o curto, porém intenso período de chegada de novos fluxos migratórios ao país, de 2011 a 2019 foram registrados no Brasil 1.085.673 imigrantes, considerando todos os amparos legais. Deste total, destacam-se mais de 660 mil imigrantes com tempo de residência superior a um ano, população composta principalmente por pessoas oriundas da América Latina, com destaque para haitianos e venezuelanos.

Contudo, a chegada da comunidade migrante tem sofrido constantes situações xenofóbicas, que pode dificultar a integração dessa população no país receptor. “Inseridos no contexto de neoliberalismo e carregados da herança do preconceito ao” outro” impregnado pela escravidão, o racismo e a xenofobia ainda permeiam todas as relações na sociedade brasileira” (CFESS, 2017, p. 11), e esse preconceito de classe se expressa em “comportamentos que beiram o fascismo, destilando discursos de ódio e de repulsa ao diferente”, ao/a estrangeiro/a ao não familiar, vistos como ameaça a uma pretensa estabilidade da “ordem” e da economia mundial.” (CFESS, 2017, p. 8).

O ACNUR define xenofobia como: atitudes, preconceito e comportamentos que rejeitam, excluem e frequentemente difamam pessoas com base na percepção de que eles são estranhos ou estrangeiros à comunidade, sociedade ou identidade nacional. A partir disso entende-se por qualquer forma de violência baseada nas diferenças de origem geográfica, linguística e étnica de uma pessoa como xenofobia.

A xenofobia afeta a maior parte da comunidade migrante, mas não se pode considerar que todos os grupos enfrentam a xenofobia do mesmo modo. Ao analisar-se a xenofobia contra determinados grupos, vê-se diferentes características como origens geográficas, cultura, gênero, cor, etnia, classe social e religião que afetam a recepção desses estrangeiros nos países de destino. “Muitas vezes, o preconceito faz com que o imigrante ou refugiado se quer busque os órgãos competentes. Temendo ser submetido a preconceitos de diversas naturezas e tipos, e assim, mantém-se em estado de confinamento.” (CFESS, 2017, p. 11).

Sobre o uso de determinados conceitos dentro da temática de imigração, pode-se dizer que esses conceitos significam das seguintes classificações:

Quadro 2 - Explicação do uso de alguns conceitos referentes à população migrante

Preconceito	Opinião que se emite antecipadamente, sem contar com informação suficiente para poder emitir um verdadeiro julgamento, fundamentado e racionado. Ao contrário do que se possa pensar, são opiniões individuais. Em geral, nascem da repetição irrefletida de pré-julgamentos que já ouvimos antes mais de uma vez.	Os imigrantes são vítimas de hábitos motivados por julgamentos generalizados, intolerância e opiniões sem nenhum embasamento crítico. Um dos maiores clichês sobre migrações, que se fortalece a cada período de recessão econômica, é que os imigrantes roubam o emprego dos nacionais. “O preconceito contra tais imigrantes pode apresentar-se de maneira sutil, como em casos recentes de pequenas cidades do interior, importando mão-de-obra migrada para trabalhar em frigoríficos ou na construção civil, nos cargos mais baixos da hierarquia de trabalho destes locais, e mesmo assim, existindo um preconceito tangente contra tais trabalhadores novos” (DIEHL, 2016, p. 14).
Discriminação	Diz respeito a toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo, gênero, raça, cor da pele, linhagem, origem nacional ou étnica, orientação sexual, condição social, religião, idade, deficiência etc., que tenha por objeto ou por resultado anular ou depreciar o reconhecimento, gozo ou exercício e em condições de igualdade entre todas e todos aos direitos humanos e liberdades fundamentais em todas as esferas, incluindo a pública, privada, política, econômica, cultural ou civil.	No Brasil e no mundo, os imigrantes são alvos de discriminação, especialmente ligados à transmissão de doenças, que com a chegada da pandemia causada pelo novo Coronavírus, os imigrantes e refugiados são afetados pela onda de discriminação estigmatizada como foco de contágio da Covid-19.

Discriminação Racial	A convenção internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial da ONU, em seu artigo primeiro diz que a discriminação racial “significa qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada na raça, cor, ascendência, origem étnica ou nacional com a finalidade ou o efeito de impedir ou dificultar o reconhecimento e/ou exercício, em bases de igualdade, aos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou qualquer outra área da vida pública “(Convenção ratificada pelo Brasil em 27 de março de 1968)”.	
Racismo	É a convicção de que existe uma relação entre as características físicas hereditárias, como a cor de pele, e determinados traços de caráter e inteligência ou manifestações culturais. O racismo subentende ou afirma que existem raças puras, que estas são superiores às demais e que tal superioridade autoriza uma hegemonia política e histórica, pontos de vista contra os quais se levantam objeções consideráveis. Ao longo da história, a crença na existência de raças superiores e inferiores – racismo – foi utilizada para justificar a escravidão ou o domínio de determinados povos por outros.	Muitos imigrantes, “pelo fato de serem “estrangeiros”, podem ser considerados pela população receptora, como incapazes de se integrarem às normas preferidas pelas populações dominantes, o que configura o racismo a partir da diferenciação cultural, sendo este grupo minoritário como detentor de uma cultura inferior à dos dominantes. O grupo dominante utiliza este subterfúgio como uma ferramenta para exercer a exclusão do grupo dominado, alegando que os mesmos são incapazes de se integrarem às normas vigentes na vida cotidiana daquele espaço social.” (DIEHL, 2016, p. 12).

Fonte: Texto elaborado pela facilitadora Maria Noelci Teixeira Homero, bibliotecária, com especialização em prevenção em violência doméstica contra crianças e adolescentes pela USP, da Organização de Mulheres Negras – Maria Mulher, para o módulo sobre “Raça e Etnia: implicações para saúde e sua (possível) relação com a violência” da capacitação realizada no município de Porto Alegre/RS. Adaptação da pesquisadora, 2021.

O uso correto de alguns conceitos é extremamente importante, pois quando identifica-se as características e particularidades de determinados comportamentos inaceitáveis contra qualquer pessoa, torna-se mais fácil combater atos de violência e ofensas, ajudando na conscientização popular sobre o fortalecimento do combate ao preconceito, a xenofobia, a discriminação e ao racismo contra imigrantes e refugiados. Farah (2017) relata que numa conjuntura (inter) nacional de crescente xenofobia, racismo, discriminações e generalizações contra imigrantes e refugiados, são recorrentes os questionamentos sobre como mudar esse quadro.

Assim, a partir de Farah (2017, p. 13) faz-se pensar a necessidade de debater “sobre xenofobia, racismo e intolerâncias várias e sobre formas de enfrentá-los em contextos que não se restringem a ações imediatistas pós-assassinatos e outras atrocidades”, pois, deve-se considerar que diante desses novos imigrantes vindos para o Brasil, entre eles, haitianos, “sofrem preconceitos raciais, por serem negros, o racismo na população brasileira é expresso

contra eles, mas de uma maneira diferente, resinificadas contra este novo grupo.” (DIEHL, 2016, p. 2).

Uma forma de apresentar o racismo contra os imigrantes haitianos - diferente em relação àquele contra o negro brasileiro - é devido à língua materna. Como há muitos haitianos que apenas falam o creolo ou o francês, ocasiona que a comunicação se torna uma barreira entre ambos os grupos, tangenciando a discriminação de habitantes estabelecidos, na qual falam abertamente contra os imigrantes, utilizando-se de palavras de baixo calão contra os imigrantes haitianos, justamente pelos mesmos não entenderem a língua que o morador estabelecido está comunicando. O que impossibilita de terem contatos e interagirem entre si. O idioma é usado para a discriminação contra o grupo dominado, a partir de fofocas e redes de interação, os desqualificando. (DIEHL, 2016, p. 13).

Diante disso, vê-se que a imigração e refúgio devem ser interpretados muito além de uma escolha do indivíduo de sair de seu território em busca de melhores condições de vida. “Na verdade, expressam particularidades de classe, gênero, etnia e religião e estão inscritos nas alterações da geopolítica mundial”. (CFESS, 2017, p. 8). Sendo assim, entende-se que o processo migratório não implica apenas a rupturas espaciais e temporais, implica em uma mudança vivenciada pelo indivíduo que poderá ser positiva ou negativa, segundo os recursos psicológicos, as políticas do país receptor e as características da sociedade acolhedora, nomeadamente, as condições sociais, econômicas e políticas. (RAMOS, 2009).

As migrações, independentemente das classificações, possuem papel preponderante na organização do espaço, nas relações sociais, na construção cultural e no desenvolvimento de um país ou de uma determinada região. Os imigrantes alteram o desenvolvimento não apenas em termos econômicos, mas envolvem aspectos culturais, sociais e políticos. A partir disso, pensa-se o Brasil em sua grande extensão territorial e nas diferentes origens da população, o que faz com que tenha-se uma enorme diversidade cultural. Tendo em vista a variedade de grupos que constituíram a nacionalidade brasileira, os nativos indígenas, os africanos e os europeus colonizadores, e atualmente os diferentes tipos de nacionalidades da imigração contemporânea, contribuem, e muito, para ampliar ainda mais a extensa diversidade histórico-cultural brasileira, exercendo uma importante influência no desenvolvimento cultural do país.

As transformações que as migrações trouxeram para a sociedade brasileira ficaram intrinsecamente marcadas na história do Brasil. Cada imigrante, de cada nacionalidade, trouxe consigo uma carga cultural que se fixou de algum modo no Brasil agregando ingredientes essenciais para a constituição da cultura brasileira. (ROCHA, 2017, p. 8).

A identidade cultural latino-americana sempre esteve mais afeiçoada com o velho mundo europeu, mas atualmente faz-se necessárias reflexões sobre a importância de uma integração não apenas econômica, mas especialmente cultural entre nossos povos, pois,

“tornam-se frequentes as manifestações de diferentes povos e nações em busca de autoafirmação nacionalista, cultural e/ou religiosa” (SEIXAS, 2008, p. 95) no Brasil. A identidade cultural está diretamente relacionada a um conjunto de elementos que formam a cultura indenícia de uma determinada região, povo ou nação. Ela manifesta o reconhecimento de um povo enquanto agrupamento cultural que se distingue dos outros. A identidade cultural não está distante da definição de identidade, pois ela é a identificação essencial da cultura de um povo. Tudo o que é produzido linguística, religiosa, artística, científica e moralmente compõe o seu conjunto de produção cultural.

A identidade cultural é formada por diferentes elementos culturais que podem ter distintos significados intertextuais para cada indivíduo ou grupo social. São elementos culturais os valores sociais e os modos de pensar, os costumes e o estilo de vida, as instituições, a história comum, os grupos étnicos, o meio ambiente natural e cultural, os pressupostos filosóficos subjacentes às relações sociais e outros elementos a que certa sociedade atribui significados culturais intertextuais específicos. (SEIXAS, 2008, p. 98).

É difícil afirmar uma identidade cultural devida constantes e aceleradas transformações que o mundo vem sofrendo, seja pelos movimentos da modernidade e da globalização, “no passado, contatos culturais entre povos diferentes progrediam lentamente, durante séculos, na medida em que se aperfeiçoaram os meios de transporte e de comunicação”. (SEIXAS, 2008, p. 104). Desse modo, diante constantes transformações causadas pela globalização, pensar a identidade cultural brasileira é uma tarefa bastante desafiadora, levando em conta os elementos culturais, históricos e sociais que compõem essa nação, pois “o crescente volume do comércio internacional provoca intensa circulação de bens e pessoas na arena mundial e isto, por sua vez, faz com que povos com culturas diferentes se relacionam mais uns com os outros”. (SEIXAS, 2008, p. 95).

À vista disso, entende-se que “o avanço da tecnologia da informação e comunicação, entre os diferentes grupos sociais passam a figurar comunidades de interesse, conectadas em redes que ultrapassam limites geográficos, políticos e legais”. (FGV, 2012 p. 16). Com a intensa mobilidade humana no Brasil e no mundo, percebe-se que os migrantes podem promover uma importante contribuição econômica, social e cultural aos países receptores,

Desde a antiguidade, a migração da população tem influenciado as dinâmicas demográficas e o desenvolvimento de regiões, impactando tanto os locais de recebimento quanto os de perda migratória. Este movimento está diretamente ligado a fatores como mobilidade, processos de urbanização, desigualdades de renda e sociais. (BECKER; SINDELAR, 2017, p. 56).

Mas, o que se entende por desenvolvimento? Para Corrêa et.al (2019) a noção de desenvolvimento tem se mostrado, ao longo do tempo, como polissêmica. Diante da complexidade de seu significado pelas mais variadas áreas do conhecimento, historicamente falando o conceito de desenvolvimento era entendido inicialmente como equivalente a um crescimento econômico, porém, com “o avanço das discussões, o conceito evoluiu, passando a ser tratado como desenvolvimento, sintetizado na distribuição da riqueza gerada”. (CORRÊA; SILVEIRA; KIST, 2019, p. 4).

As primeiras definições foram caracterizadas a partir do crescimento econômico entendido como sinônimo, ou como condição necessária, embora não suficiente, para que se alcance o chamado desenvolvimento econômico. Disso decorre que não há ou não havia minimamente um consenso a respeito, mas é a economia que primeiramente discute a respeito, justamente por conta desse seu viés. (CORRÊA; SILVEIRA; KIST, 2019, p. 4).

Nessa perspectiva, para os clássicos o conceito de desenvolvimento estava muito ligado a fatores de nível tecnológico, a força de trabalho e ao estoque de capitais, até então não existia nenhuma teoria sobre o uso do conceito. (CORRÊA; SILVEIRA; KIST, 2019).

Para os clássicos, o crescimento econômico é a base da noção de desenvolvimento de uma nação. Esse crescimento era compreendido como decorrência do aumento da produtividade do trabalho, o que resultaria na acumulação de capital que, se distribuído adequadamente, asseguraria a direção ao estado estacionário de sociedade equilibrada. (CORRÊA et.al 2019, p. 5).

Sabe-se que inicialmente o conceito de desenvolvimento era equivalente a ideia de crescimento econômico, passando a ser entendido como desenvolvimento, numa perspectiva também social, que em decorrência da má distribuição de renda, as desigualdades sociais observadas no Brasil e no mundo correspondem a miséria, pobreza, desemprego, desnutrição, falta de saneamento básico, dentre outros. A desigualdade social é um problema que afeta grande parte da população brasileira, pois, de acordo com Campello et al. (2018) o Brasil persiste como um dos países mais desiguais do mundo. Assim, entende-se que, “o fato da existência de desigualdades (sociais, econômicas, políticas...) entre regiões é o que convidaria a agir em favor de desenvolvimento regional, vale dizer, de uma redução nas disparidades regionais”. (THEIS, 2019, p. 353).

Diante disso, entende-se que “o processo de desenvolvimento consiste na expansão das liberdades que as pessoas desfrutam” (LINO, et al., 2021, p. 2), aqui, o conceito de desenvolvimento está relacionado ao acesso e a oportunidades para toda uma população, de modo que as desigualdades sejam minimizadas, proporcionando bem-estar a todos, sem exceção.

Para isso, o objetivo da política de desenvolvimento “consiste em fomentar um desenvolvimento sustentável que contribua para a erradicação da pobreza nos países menos desenvolvidos e para sua integração na economia mundial” (GONÇALVES, 2009, p. 54), entretanto,

Em consideração às características históricas do modelo de desenvolvimento na economia brasileira, compreende-se que o padrão de incentivos fiscais, infraestrutura e créditos criados pelo Estado ao longo da sua atuação como agente econômico, ao mesmo tempo que promove crescimento econômico, e até desenvolvimento social, também estimula o processo de desigualdades regionais e intrarregionais. (ANJOS; CARVALHO, 2018, p. 19).

De acordo com Theis (2019) o desenvolvimento regional é algo bom com que se procura combater algo ruim (as desigualdades). Investir em estratégias de desenvolvimento regional seriam um dos caminhos para redução das desigualdades, assim como, a saúde, a educação, mais emprego, mais oportunidades, mais acesso a serviços, programas e políticas públicas, dentre outros. Gonçalves (2009) afirma que ao lado das novas tecnologias de informação, da facilidade de circulação do capital e do crescimento do comércio internacional, encontra-se o aumento das desigualdades, a distância crescente entre as regiões ganhadoras e perdedoras, ausência de estratégias igualitárias de desenvolvimento regional e crescimento da pobreza.

Para além disso, dentre as consequências do desenvolvimento da tecnologia de informação e de transporte, vê-se o aumento das migrações internacionais cada vez maior nas últimas décadas, daqueles que se deslocam na tentativa de obter melhores condições de vida, tendo em vista que, “o processo de desenvolvimento de um país gera migrações, já que a melhoria de condições econômicas e educacionais proporciona nos indivíduos a vontade de procurarem melhores oportunidades em outros países”. (GONÇALVES, 2009, p. 50).

Contudo, a teoria do capital humano, no caso da migração, explica que existe uma análise econômica de custos/benefícios realizada pelo imigrante antes do processo de deslocamento, e esta análise não deve ser apenas observada no curto prazo. As deslocamentos envolvem um investimento do agente no seu próprio potencial produtivo, cujos resultados só podem ser atingidos a prazo. Por outras palavras, o migrante aposta na capacidade que possui de gerar maiores rendimentos no futuro (utilizando melhor as suas qualificações), mesmo que para tal seja necessário incorrer em custos importantes no curto prazo. (PEIXOTO, 2004).

Para o autor supracitado, os custos do investimento realizado numa situação migratória são vários: procura de informação (gastos de tempo e dinheiro – informação sobre novas oportunidades profissionais e infraestruturas várias, incluindo formação e aprendizagem); custos de deslocação; custos de adaptação (aprendizagem de nova língua e cultura; criação de novas redes de apoio; custos de afastamento do meio de origem). Os benefícios da migração

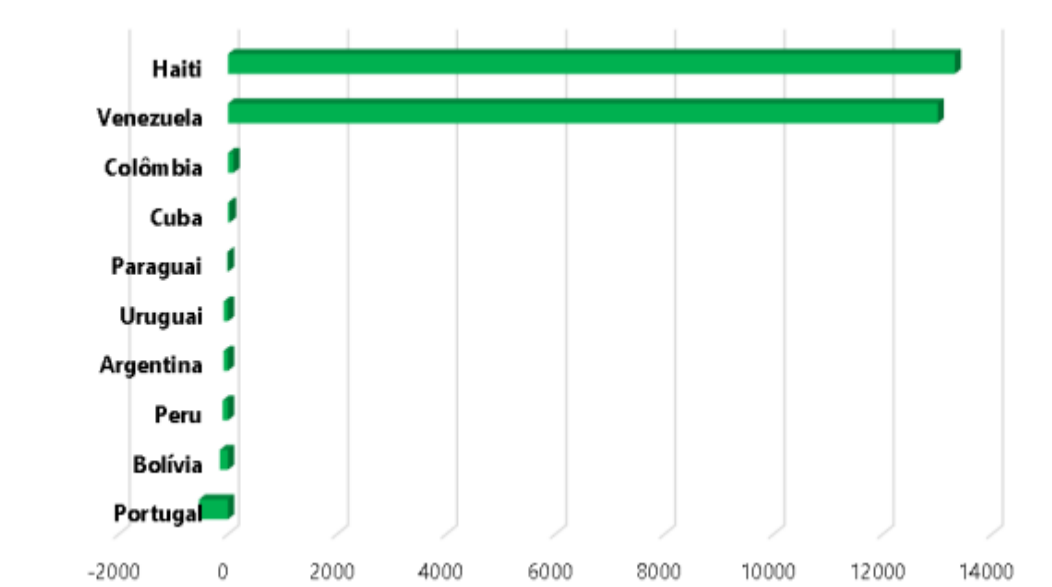
passam, em contrapartida, pelo aumento de rendimentos, dada a melhoria da produtividade individual permitida pela mudança

Para Gonçalves (2009) o impacto da imigração internacional no desenvolvimento da maior parte dos países tende a ser positivo, visto que a imigração é consequência da desigualdade econômica entre as regiões. Assim, “às áreas mais prósperas, (com escassez de mão-de-obra e salários mais elevados) tenderiam a atrair os migrantes das regiões onde houvesse recessão econômica e abundasse o fator mão de obra”. (GONÇALVES, 2009, p. 30-31). A partir da teoria do mercado de trabalho, compreende-se que grande parte das atrações específicas exercidas sobre a migração internacional, em particular a dirigida de países menos para mais desenvolvidos, têm a ver com os mercados “secundários”. É o facto de existirem atividades que funcionam com base num mercado de trabalho deste tipo que afasta a maioria dos cidadãos nacionais e atrai migrantes provenientes de regiões pobres (que, mesmo em condições econômicas deficientes, poderão aumentar o seu padrão anterior de vida, ou – pelo menos – criar expectativas de mobilidade futura). É esta situação que permite-nos afirmar que não existe imigração sem uma “procura” econômica específica. (PEIXOTO, 2004).

O trabalho enquanto desenvolvimento se expande ao longo das civilizações. Na sociedade antiga quem trabalhava eram os escravos. Já na Idade Média eram os artesãos que desempenhavam o trabalho cotidiano e os monges, por exemplo, eram agricultores, arquitetos e construíam instalações de higiene bastante avançadas para a época. Por sua vez, a sociedade burguesa passa a atribuir centralidade ao trabalho e, com isso, a atividade se estende em todas as dimensões e setores da ação humana. (ALMEIDA, 2018, p. 16).

Como mostra a figura abaixo, de acordo com o OBmigra (2021) no ano de 2020 foram gerados 23.945 postos de trabalhos para imigrantes no mercado formal brasileiro. Entre as principais nacionalidades, destacaram-se haitianos e venezuelanos que se beneficiaram com mais de 13 mil vagas (cada coletivo), desempenho que foi determinante para o resultado positivo no ano.

Figura 2 – Postos de trabalho criados para trabalhadores migrantes no mercado de trabalho formal, segundo principais países – Brasil, 2020.



Fonte: Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), 2021.

Observa-se que os haitianos ocupam a 1ª posição no mercado de trabalho formal, porém, desde o momento em que os haitianos chegam em solo brasileiro até o acesso ao trabalho formal é uma longa procura, sendo que, “alguns têm dificuldades em regularizar a documentação, outros em entender as orientações em português, outros chegam ao país sem recursos nem para alimentação e nem para o transporte.” (ALMEIDA, 2018, p. 22). Ainda,

a conquista do espaço de trabalho e a geração de renda são as principais motivações dos imigrantes no Brasil, também pode ser pautado como forma de inclusão social, que os mesmos podem usufruir de maiores conhecimentos e socialização com a cultura, gerando aprendizado, satisfação e comodidade. (ALMEIDA, 2018, p. 15).

Na mesma direção, Gonçalves (2009) relata que cada vez mais países serão afetados pela migração, com a diversificação das regiões de origem. Algumas regiões por conta da grande oferta de emprego para a população migrante, acabam sendo bastante atrativas para essa comunidade, uma vez que os imigrantes se deslocam em busca de melhores condições de vida. A teoria das cidades mundiais ou globais para Peixoto (2004) representa uma das explicações mais interessantes desta última realidade. Segundo esta teoria, os polos urbanos dominam não apenas o sistema internacional como são responsáveis pela atração de uma mão de obra migratória crescentemente dualizada: profissionais de topo (para as atividades de gestão internacional) e trabalhadores desqualificados (para os serviços de apoio àquela atividade, muitas vezes inseridos em zonas de economia informal). Na prática, a teoria permite identificar um conjunto de regiões ou países que alimentam fluxos migratórios importantes entre si.

No Brasil, dentre as oportunidades de emprego para os migrantes estão os frigoríficos que, “estão entre os raros segmentos da economia que não impõem restrições à contratação de haitianos, exceto se alguma inaptidão física inviabiliza a realização das atividades na linha de produção.” (BOSI, 2019, p. 234).

Tabela 3 - Trabalhadores estrangeiros no Brasil: Por atividade em 2018

Setor	Quantidade
Abate e fabricação de produção de carne	15.730
Restaurantes	9.768
Educação superior	6.423
Comércio varejista	4.827
Construção de edifícios	3.544
Outros	104.264
Total	144.556

Fonte: Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), 2018. Elaboração da autora, 2022.

Como apresentado na tabela acima, no ano de 2018, os setores de frigoríficos e abate de carne estavam entre os espaços de trabalhos mais ocupados pela comunidade migrante. Os haitianos são a imensa maioria entre os imigrantes que trabalham neste lugar, pois, “a principal razão que têm levado os haitianos a prioritariamente procurar emprego dos frigoríficos se deve a disponibilidade de vagas no setor que por sua vez, pode ser explicada pelas características do trabalho realizado na linha de produção.” (BOSI, 2019, p. 234). Para o autor, a disponibilidade de vagas nesse setor acontece porque o trabalho ali é considerado duro e nocivo.

Diante disso, é importante discutir as condições sociais e de saúde de imigrantes que trabalham em frigoríficos de carnes e derivados em tempos de pandemia da Covid-19, que de acordo com Granada et al. (2021) no estado do Rio Grande do Sul em maio de 2020 o número dos trabalhadores imigrantes representava um terço do total da população que foi diagnosticada com Covid-19. “As condições no ambiente de trabalho e os termos de ajustamentos de conduta geradas pelas procuradorias do trabalho após os primeiros surtos da infecção nesses ambientes contribuíram para o elevado número de casos confirmados.” (GRANADA, GRISOTTI; DENOTI, et al. 2021, p. 212).

O caminho para muitos imigrantes que migram em busca de trabalho é o setor de frigoríficos e abate de carnes, setor que no ano de 2020 durante o início da pandemia causada pela Covid-19, tornou-se o epicentro de surtos do vírus, pois o ambiente frio e úmido, as condições de trabalho, favorecem a disseminação do vírus. As indústrias frigoríficas têm sido foco de infecção e disseminação não apenas no Brasil, mas de acordo com Mota (2020) em países como Estados Unidos, Alemanha e França.

No Brasil, os locais de abate, corte e desossa de animais “se encontram em condições de trabalho precárias, aos quais se submetem trabalhadores que não tem alternativa além de aceitar condições desumanas de emprego e de salário que permitam sua sobrevivência.” (GRANADA; GRISOTTI; DENOTI, et al. 2021, p. 214). Espaços de trabalho como este, em totais condições de precariedade, expõem a vulnerabilidade dos trabalhadores migrantes, estes que diferente dos nacionais, têm mais dificuldades de acessar serviços e políticas públicas, o que intensifica a vulnerabilidade a que essa população está sujeita.

Além da contaminação pela Covid-19 em frigoríficos por estas pessoas, viu-se que a pandemia causada pelo novo Coronavírus, também provocou a diminuição do movimento migratório de entrada e saída no Brasil devido ao fechamento das fronteiras terrestres. Para o OBMigra (2021) praticamente todos os tipos de movimentação de fronteiras caíram substancialmente entre os meses de janeiro a agosto de 2020. Ainda, o relatório do Observatório das Migrações Internacionais relata que a nacionalidade que registrou as maiores quedas de entradas e saídas foi a dos venezuelanos, e que devido à situação de pandemia, muitos venezuelanos tiveram que retornar para a Venezuela.

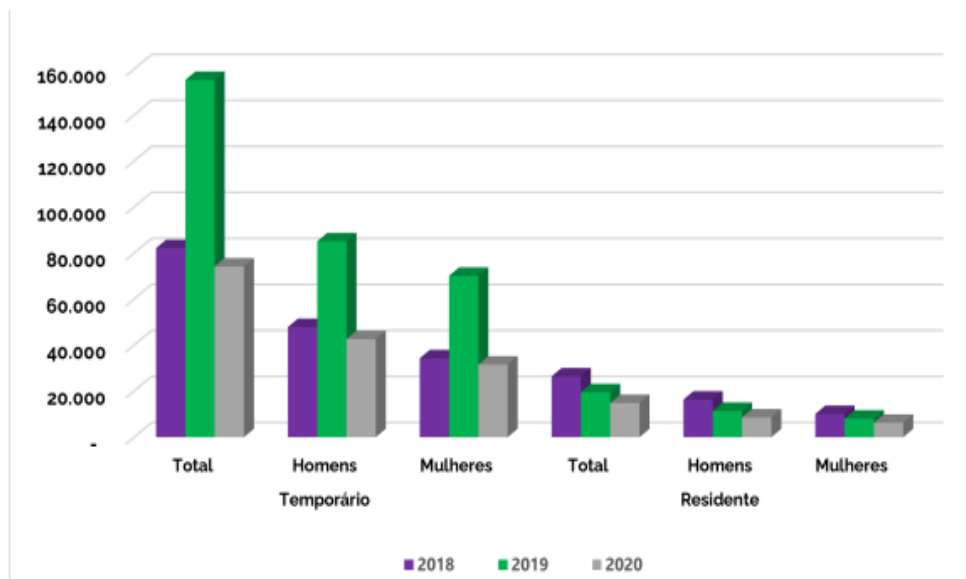
Para o OBMigra (2021) a redução dos fluxos regulares de migração já era sentida desde os primeiros meses do ano. Porém, em agosto de 2020, pode-se observar um crescimento de migrantes entrando por via aérea. Esses comportamentos ocorreram devido à dinâmica das normativas emitidas pelo governo federal, que, em geral, tratavam os diferentes tipos de fronteiras de forma diferenciada.

Para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil, o governo brasileiro sanciona a Lei nº 13.979/2020, em fevereiro de 2020, e a Lei nº 14.035/2020, em agosto de 2020. As leis listam a restrição excepcional e temporária da entrada e saída do país, a restrição da locomoção interestadual e intermunicipal, assim como a determinação de isolamento e quarentena como medidas de enfrentamento contra a Covid-19. Portanto, teve um forte impacto nos movimentos de migração internacional que envolvem o país. Por meio de diversas portarias, o governo brasileiro restringiu a entrada no país de pessoas por via terrestre a partir de 19 de março de

2020, com exceção dos brasileiros natos e naturalizados, imigrantes com residência no país ou parentes próximos de brasileiros. O governo também restringiu a entrada por via aérea, a partir de 23 de março, de todos os países.

Assim, vê-se que a pandemia do novo Coronavírus, impacta de maneira bem significativa as migrações internacionais, tanto pelo contágio da Covid-19 em frigoríficos, quanto nos fluxos migratórios. De acordo com o OBMigra (2021) quando comparado ao ano de 2019, o número de registro de imigrantes reduziu no ano de 2020 para quase 50%. Na imagem abaixo, é possível visualizar que a diminuição foi mais intensa entre as mulheres temporárias (-55%) e menos intensa para os imigrantes que obtiveram registros de residentes (-24%).

Figura 3 – Número de registro de migrantes, por ano de registro e sexo, segundo classificação - Brasil, 2018 a 2020.



Fonte: OBMigra, 2021.

Os registros sobre movimentação de pessoas pelos postos de fronteiras (terrestre e aérea) foram os mais impactados pela pandemia do Coronavírus. As restrições à mobilidade internacional de pessoas, impostas em diversos países, Brasil entre eles, levou à redução de -67% nos movimentos de entrada e saída do país, comparado ao ano de 2019. (OBMIGRA, 2021).

As restrições impostas pelo governo federal à entrada de estrangeiros no Brasil, afetou fortemente o movimento de pessoas com efeitos severos sobre os que precisam cruzar as fronteiras para salvar suas vidas, fugindo de situações de guerra e perigo. A pandemia causada pelo novo Coronavírus, tem mudado o cenário social no mundo todo, trazendo impactos de várias ordens à todas as pessoas, intensificando ainda mais a vulnerabilidade de pessoas que já viviam, antes da pandemia, em extrema desigualdade social e pobreza, e dentre as classes mais vulneráveis encontram-se os imigrantes, expostos a todos os tipos de crise, sem acesso a itens básicos de proteção, moradia e condições de trabalho adequada, o que será discutido no subcapítulo seguinte.

3.2 Reflexões sobre imigração internacional em interface a pandemia da Covid-19

O ano de 2020 foi um ano marcado por uma das maiores crises globais do século XXI, e será provavelmente lembrado como o momento de uma ruptura da qual as sociedades não mais se recuperaram completamente. A pandemia pela Covid-19, tem se apresentado como um dos maiores desafios sanitários em escala global neste século, e tem gerado repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos e culturais no mundo todo. Com a chegada da pandemia, a rotina de boa parte das pessoas foi afetada radicalmente, as notícias de um vírus que se alastra rapidamente e com alta letalidade, tem sido recebida pela população com muito medo e preocupação, resultando em alto índice de desemprego, de pessoas desabrigadas, e com uma estimativa de infectados e de mortes que concorre diretamente com o impacto sobre os sistemas de saúde, afetando também a saúde mental das pessoas em confinamento e temor pelo risco do adoecimento ou morte. (FIOCRUZ, 2021).

A Covid-19 é uma doença causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), uma doença respiratória aguda, que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. A transmissão acontece de uma pessoa doente para outra ou por contato próximo por meio de toque do aperto de mão, gotículas de saliva, espirro, tosse, objetos ou superfícies contaminadas, como celulares, mesas, maçanetas, brinquedos, teclados de computador etc. Dessa forma, as medidas de proteção incluem lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou utilizando álcool gel e cobrir a boca com o antebraço quando tossir ou espirrar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Desde que a OMS declarou a pandemia, observa-se uma crescente na escala de infectados no mundo e isso impôs medidas sanitárias e de isolamento social para a contenção do vírus. Com o intuito de diminuir a velocidade da contaminação pela Covid-19, entre as primeiras medidas adotadas pela OMS para conter a disseminação do vírus, foi o isolamento social, sendo considerada a providência mais adequada a ser inserida na sociedade uma vez que a transmissão está intimamente ligada com o contato pessoal. O isolamento social, é seguido de,

cancelamento de grandes eventos, seguido paulatinamente por ações como a suspensão das atividades escolares, proibição de eventos menores, fechamento de teatros, cinemas e shoppings, recomendações para a redução da circulação de pessoas. É o que se convencionou chamar de “achatar a curva” da pandemia. (WERNECK; CARVALHO, 2020, p. 1-2).

Entretanto, o isolamento social e a quarentena além de aumentarem as taxas de desemprego, não é uma medida possível para todos, “como ocorre em muitas de nossas periferias, em que as moradias contêm uma única saída de ar e abrigam quatro ou mais pessoas, em pouco mais de 12m².” (SANTOS; GOMES; NARCISO, et. al. 2020, p. 1-2). No Brasil e no mundo existe uma preocupação sobre a disseminação de Covid-19 em comunidades pobres e vulneráveis, já que essa população corre maior risco de contaminação, devido à desigualdade de acesso a equipamentos básicos de proteção.

Essa população mais vulnerável tem sido vítima da omissão do poder público em vários aspectos, de uma maneira sistemática e calculada, gerando profundas disparidades sociais e raciais que impedem o acesso à saúde, acesso à água potável ou saneamento básico. Desigualdade tamanha que, ao longo da nossa história vem levando à morte as cidadãs e aos cidadãos do nosso país. (SANTOS; GOMES; NARCISO, et. al. 2020, p. 1-2).

Diante da pandemia pela Covid-19, novas e antigas preocupações em saúde emergiram, vulnerabilidades anteriores são agudizadas, e no Brasil os desafios são ainda maiores, pois “pouco se sabe sobre as características de transmissão da Covid-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração.” (WERNECK; CARVALHO, 2020, p. 1). A partir disso, vê-se que a atual crise mundial de saúde exacerba desigualdades sociais, de renda, raça e gênero, com precárias condições de trabalho e moradia, dificuldades no acesso à informação e a políticas públicas e de redes de proteção. Aqueles que se encontram em campos de refugiados, campos de detenção, sem nenhuma condição de cumprir as medidas de distanciamento social recomendado pela OMS e sem acesso a itens básicos de higiene, como sabonete e água potável, correm maior risco de contaminação.

Com o cenário migratório internacional cada vez mais intenso, frente a pandemia causada pela Covid-19, evidencia-se que muitos imigrantes vivem em situações de extrema desigualdade em saúde e de invisibilidade pelo Estado. Assim, no atual momento de crise sanitária em decorrência do novo Coronavírus, questões relacionadas aos imigrantes e sua interface com a saúde ganham destaque, pois, as políticas de combate à crise sanitária têm afetado diretamente as migrações internacionais, restringindo fluxos de mobilidade humana, aumentando violações dos direitos dessa população, pois a e seus impactos socioeconômicos severos tendem a aprofundar ainda mais a vulnerabilidade dos imigrantes no Brasil.

Para Pellizari e Alves (2021) a vulnerabilidade social se apresenta de várias formas diante de diferentes contextos sociais. Para os autores, com a pandemia da Covid-19, as interfaces da vulnerabilidade foram ganhando novos contornos, e os imigrantes e refugiados passaram a incorporar, com maior frequência, os já anteriormente populosos grupos marginalizados socialmente.

Segundo Heinen (2020) muitas pessoas perderam o emprego durante a pandemia, afetando principalmente os trabalhadores informais e de baixa escolaridade, com destaque para o setor de serviços. Outra consequência particularmente preocupante da pandemia para a autora citada anteriormente é o aumento dos desempregados de longa duração, isto é, que procuram emprego por dois ou mais anos. A inserção no mercado de trabalho se guia pelas condições socioeconômicas das pessoas. O desemprego pelo distanciamento social atinge de forma desproporcional os mais pobres. As pessoas ocupadas e que trabalham presencialmente concentram-se principalmente nos estratos médios. Aos mais ricos, abre-se a possibilidade de exercerem suas atividades a distância (home-office). Ocorre que as políticas de distanciamento social, necessárias à contenção da propagação do coronavírus, reduziram drasticamente as possibilidades de procura, tanto pela inviabilidade de fazê-lo presencialmente, quanto pela indisponibilidade de oferta nas localidades, em função do baixo desempenho das empresas.

Entre os impactos da inserção laboral dos estrangeiros, depois do início da pandemia, houve a expansão do desemprego que já era alta para os imigrantes. Na medida em que essa população perdeu seus postos de trabalho, passaram a ter dificuldade para honrar compromissos financeiros essenciais, tais como aluguel, conta de água, de energia, dependendo, assim, da solidariedade alheia para sobreviver. (PELLIZARI; ALVES, 2021). Normalmente as habitações são em conjunto, dividindo despesas, e como solução para esse problema econômico durante a pandemia, muitos imigrantes cederam às habitações compartilhadas o que indicam, por um lado, a precariedade da moradia e das condições de vida, pois a escassez de recursos,

em geral, devido ao desemprego, implica na necessidade de compartilhar o aluguel. (QUEIROZ; SILVA, 2020). Sendo assim, a partir dos autores supracitados, infere-se que com a crise sanitária o cenário migratório é de mais desempregados, imigrantes desligados dos serviços e de imigrantes vivendo de cestas básicas.

A Covid-19 foi uma das principais causas para o aumento da procura de imigrantes pelos serviços de Assistência Social. Entre as principais demandas estavam as de cunho econômico, como a urgência de cestas básicas para suprir a questão de alimentação durante a pandemia. Acredita-se que o crescimento da procura dessa população por estes serviços de assistência, neste período, deva-se ao aumento da vulnerabilidade social ocasionada pela crise sanitária. (SILVA, 2020).

O auxílio às demandas dos imigrantes durante a pandemia da Covid-19, visa à proteção, à assistência às questões sociais e econômicas dessas pessoas, garantindo acesso, direito e integridade a esses sujeitos. Porém, a ajuda da esfera federal durante este período para essa população tem se mostrado inoperante, tão pouco houve respostas para os problemas. As diferentes faces da vulnerabilidade sociais atreladas à população imigrante, “mostra-se oportuno chamar a atenção para o agravamento das desigualdades sociais e para o não desenvolvimento de políticas públicas capazes de possibilitar alternativas de emprego e renda para os indivíduos pertencentes a esses grupos sociais.” (PELLIZARI; ALVEZ, 2021, p. 317). Em meio a entraves burocráticos e desentendimentos entre as esferas de poder, os imigrantes acabam invisibilizados. Sem políticas públicas ou ações eficazes, resta a mobilização dos movimentos sociais, instituições não governamentais e a solidariedade da comunidade local.

De acordo com Martins (2020) pode-se afirmar que a extensão dos impactos da pandemia na saúde e nas condições gerais de vida da população é também resultado direto das decisões políticas que os governos têm tomado para mitigar esses efeitos, com mais ou menos compromisso em preservar a vida das pessoas. Para o autor, a pandemia é a demonstração trágica do quanto a política determina questões no âmbito da saúde pública, muito além dos meros fatores biológicos ou dos louváveis avanços tecnológicos. Considerando os movimentos migratórios como realidade, em lugar de julgá-los, percebe-se como política a decisão de um Estado e de seus governantes de oferecer ou não as condições para preservar o bem-estar dos cidadãos que habitam em seu território, independentemente de seu status social ou local de origem. É por isso que, por todo o mundo, mesmo antes do alastramento da Covid-19, era previsível que as condições de saúde dos imigrantes, especialmente as dos racializados, estivessem, em princípio, mais vulneráveis que as da população em geral, posto que com ou

sem pandemia, já o eram antes.

O trabalho para os imigrantes passa a ser uma questão de sobrevivência, o que os torna mais expostos à superexploração do trabalho e piores condições de emprego que prejudicam a saúde física e mental desses sujeitos. A pandemia só piorou as suas já precárias condições socioeconômicas e de empregabilidade, e seus impactos, expõe populações e grupos vulneráveis, com dificuldade de acesso a bens essenciais como alimentação e medicamentos, dentre outros, porém, percebe-se que os efeitos da pandemia do novo Coronavírus extrapolam a área da saúde.

As condições precárias dos processos de trabalho que estes imigrantes estão sujeitos, os trabalhos realizados na área da agricultura e alimentícia, construção civil e frigoríficos, estes com funções supostamente menos qualificadas, onde expõe os trabalhadores ao vírus, sofrem com condições menos adequadas para manutenção de sua saúde física, mental e econômica. Antes da pandemia os imigrantes já se encontravam em condições precárias de trabalho e moradia, pois de acordo com Granada (2017) essas pessoas não possuem fiadores locais para alugar melhores residências, o que lhes obriga a dividir uma casa entre várias famílias e estar em lugares insalubres, muitas vezes invadidos pelas enchentes. Assim, o difícil acesso à moradia, renda, a exposição à contaminação pelo Coronavírus, em razão da falta de equipamentos de proteção, são também algumas situações de vulnerabilidades vivenciadas pelos imigrantes antes e durante a pandemia causada pela Covid-19.

Fernandes, Baeninger e Demétrio (2020) afirmam que a pandemia trouxe ainda mais um risco à saúde dos trabalhadores imigrantes, a contaminação em massa dentro dos frigoríficos, seja pela proximidade dos funcionários ao longo das esteiras de produção, seja pela falta de ventilação nesses ambientes. No Rio Grande do Sul, quase um terço dos casos confirmados pela Covid-19 está entre trabalhadores deste setor. Para os autores, a grande maioria de haitianos se encontram empregados nestes serviços de alimento, e estes apresentam as piores relações de trabalho no estado.

Sobre os dados de imigrantes contaminados pela Covid-19, para Martins (2020) a primeira grande falha que pode-se atribuir ao Estado brasileiro é a ausência de informações detalhadas a respeito da situação dessa população no país. A mera inclusão da informação de nacionalidade nos formulários de saúde, que alimentam as bases de dados do SUS, poderia já representar um avanço nessa direção, uma vez que permitiria indicar se cidadãos de outros países residentes no Brasil têm sido desproporcionalmente afetados pela doença e, por

consequente, as causas dessa eventual disparidade, bem como as políticas necessárias para mitigá-la.

Para Martins (2020), apesar de reiteradas iniciativas de associações e imigrantes, além de uma ação civil pública da Defensoria Pública da União (DPU), que requerem a inclusão deste dado nos formulários na pasta da saúde, não houve até o momento qualquer reação do Poder Público em nenhuma das esferas federativas no sentido de atender a essa demanda. Por mais que o SUS se oriente pelo princípio da universalidade do atendimento, sem distinções de origem ou status migratório do público atendido, os governos não podem ignorar a iniquidade que pode decorrer das inúmeras barreiras que os migrantes enfrentam na busca de tratamentos de saúde adequados.

Essas informações apontam a insegurança e vulnerabilidade dessa população, principalmente no contexto pandêmico. À vista disso, entende-se por vulnerabilidade uma situação que implica algum tipo de risco, onde uma pessoa ou uma comunidade encontram-se em fragilidade, seja por motivação social, econômica, ambiental, de saúde, dentre outros. Caracteriza-se uma situação de vulnerabilidade os riscos que possam advir de devida exposição a diferentes fatores como esses mencionados anteriormente. Para Carvalho et.al (2005) o conceito de vulnerabilidade, não se limita apenas aos efeitos da pobreza e da desigualdade econômica, mas são traduzidos também na falta de acesso a bens e serviços.

A vulnerabilidade não é sinônimo de pobreza, sendo ela um conceito multifatorial, podendo ter relações com questões de renda, moradia, escolaridade, acesso, há diferentes mecanismos de exclusão social, discriminação e opressão relacionados ao gênero, à etnia, dentre outros. No plano social, Valadão (2002) entende que a vulnerabilidade está relacionada a aspectos sócios políticos e culturais combinados, como o acesso a informações e grau de escolaridade. A vulnerabilidade social pode ser entendida como um espelho das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão.

De acordo com Valadão (2002), para avaliar o grau de vulnerabilidade é necessário conhecer a situação de vida das coletividades através de aspectos como: a legislação em vigor e sua aplicação; situação de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas de diferentes extratos sociais e a qualidade dos serviços de saúde aos quais se tem acesso. Sendo assim, “destaca-se a importância de analisar a utilização dos serviços de saúde desta população visto que imigrantes são considerados como um grupo social normalmente expostos às mais variadas situações de vulnerabilidade.” (ALVES; MARTINS; BORGES, et. al. 2019, p. 4681).

Desse modo, vê-se que os imigrantes são grupos particularmente vulneráveis a uma diversidade de fatores que determinam as suas condições de saúde. Os imigrantes que chegam ao país receptor, podem ser considerados temporariamente mais fracos. Por estarem em um país diferente, por não falarem a língua do país, por não terem família ou amigos por perto, por não conhecerem as normas daquele país, dos costumes e culturas, ademais, na maioria das vezes chegam sem emprego e precisando de trabalho para poder se sustentar, são estes alguns fatores que fazem dos imigrantes mais vulneráveis em relação aos nativos. (SILVA; LIMA, 2017).

É importante enfatizar, também, que a Comissão Interamericana dos Direitos Humanos (CIDH) considera os imigrantes como mais vulneráveis quando confrontados com os nacionais ou residentes de um Estado, pois se encontram em condição de desvantagem pela dimensão ideológica mantida por dessemelhanças legalmente estabelecidas e estruturadas. Deste modo, o acesso dos imigrantes aos recursos públicos oferecidos pelos Estados é diferenciado, agravando assim, os preconceitos culturais que ultrajam ainda mais as condições de vulnerabilidade enfrentada por esses indivíduos. Ademais, esta vulnerabilidade é reforçada por preconceitos étnicos, xenofobia e racismo, que dificultam sua integração à sociedade e levam à impunidade por violações de direitos humanos cometidas contra os imigrantes. (SILVA; LIMA, 2017, p. 389).

Os impactos da pandemia da Covid-19 nas migrações internacionais, não foram apenas pela habitual dificuldade na efetivação de direitos essenciais, mas, a atual crise sanitária também agravou expressões de xenofobia motivadas pela associação entre o estrangeiro e a doença, comportamento que reforça a discriminação à qual essa população normalmente já está submetida. O agravamento de casos de violência de motivação racista e xenofóbica contra imigrantes se agudiza nessa situação atual de pandemia, pois, existindo ou não um nexo epidemiológico, imigrantes são recorrentemente associados ao estereótipo do estrangeiro que carrega consigo o perigo sanitário. (RODRIGUES; CAVALCANTE; FARESTEIN, 2020).

Para Ventura (2020) com a atual crise sanitária, e com o aumento da difusão global de notícias sobre a doença e sua rápida disseminação em escala mundial, multiplicaram-se os casos de preconceito e xenofobia contra imigrantes. A OMS define o estigma social no âmbito da saúde como a associação pejorativa entre uma doença específica, podendo ensejar estereótipos, diversas formas de discriminação, ou até perda de status durante um surto ou epidemia. “O estigma pode acompanhar ou ser o germe de manifestações de xenofobia, aqui compreendida simplesmente como a percepção de pessoas “estrangeiras” como ameaças.” (VENTURA, 2020, p. 96).

Estigma e xenofobia têm por efeito, em especial durante uma epidemia, não apenas disseminar a violência verbal e física contra suas vítimas. Também leva as populações estigmatizadas a temer a sociedade e as autoridades, e a se afastar dos serviços de

saúde, o que obstaculiza o controle da doença, pondo assim em risco tanto a sua saúde como a da coletividade. (VENTURA, 2020, p. 96).

A xenofobia e o preconceito são fatores que dificultam o processo de integração da população migrante no país receptor. A maneira que os migrantes são tratados pela comunidade pode prejudicar o acesso aos direitos dessa população, seja na busca por moradia e o acesso aos serviços públicos, assim como, toda essa situação de rejeição e perseguição por parte da sociedade civil, acaba acarretando problemas de saúde física e mental para os migrantes, diante tanta pressão psicológica e stress que essa população se encontra.

Sendo assim, com o aumento do fluxo de mobilidade humana no Brasil, tem-se levantado questões sobre o acesso à saúde e a integração dessa população na sociedade, pois, a chegada de imigrantes no Brasil gerou uma demanda de infraestrutura que evidencia a ineficiência do Estado brasileiro em acolher a população imigrante de maneira digna. Muitas são as dificuldades que essa comunidade enfrenta ao chegar no país, como o domínio da língua que dificulta a socialização e a inserção social, forte fator prejudicial ao acesso aos que dependem de atendimento em locais públicos. A realidade que essas pessoas enfrenta ao chegar no país é de desemprego, o aumento da situação de vulnerabilidade e a falta de moradia, dessa forma, entende-se como é importante discutir como essa população vem sendo tratada pela sociedade civil “em relação ao processo de inserção dos imigrantes na sociedade brasileira, alguns obstáculos foram verificados, tais como o acolhimento, o domínio da língua e a questão da discriminação racial e da xenofobia.” (SILVA; FERNANDES, 2017, p. 51).

Um outro fator dificultador da integração dos migrantes no país receptor é a invisibilidade por parte do Estado, pois, em algumas situações, “o poder público, de modo geral, não acolhe os imigrantes e os refugiados, fica a cargo da sociedade civil, de instituições religiosas, ONGs e associações de imigrantes fazer o papel de anfitriões e acolherem esses indivíduos.” (SILVIA; FERNANDES, 2017, p. 53). Para os autores, após esse processo de adaptação e acolhimento, junto a instituições e entidades não governamentais, os imigrantes vão em busca de novas moradias, que a princípio são moradias coletivas ou moradias de favor.

Para muitos governantes, um imigrante que não possui um local para se abrigar até se estabelecer no País ou na cidade deve buscar os albergues públicos, porém esses locais são ocupados pelos moradores em situação de rua, que possui um perfil e um histórico muito diferenciado do imigrante internacional ou do refugiado que acaba de ingressar no Brasil, pois boa parte dos imigrantes nunca tinha vivido em situação de rua e por isso não se adaptam a esses locais. (SILVIA; FERNANDES, 2017, p. 53).

O principal serviço que realiza o papel de acolher a comunidade imigrante, dentre os serviços públicos que atendem essa população, são os serviços de Assistência Social como o

Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Estes serviços se inserem no contexto de uma política migratória pela via de proteção social em situação de vulnerabilidade, risco e violação de direitos. A estrutura de uma política de atenção ao imigrante tem que fundamentalmente se orientar por uma estratégia intersetorial e, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) é um componente de uma estratégia mais ampla de atenção.

A intensificação dos fluxos migratórios internacionais para o Brasil ocasionou um aumento importante de demandas por serviços e políticas públicas, exigindo respostas na construção de políticas e meios de acolhida imediata. Para a Assistência Social o imigrante é reafirmado como sujeito de direitos, ou seja, os mesmos direitos sociais afiançados pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para os brasileiros, devem ser garantidos por esta população. “Ciente da situação de vulnerabilidade em que se encontram muitos dos estrangeiros que migram para o Brasil, os operadores do SUAS vem ocupando os mais diversos campos de sua atuação para garantir os direitos dos migrantes.” (BRASIL, 2016, p. 4). Contudo, vemos que:

as tarefas referentes à recepção e integração da população estrangeira no território nacional ultrapassam as responsabilidades da rede de Assistência Social do Brasil, uma vez que envolvem questões de direitos humanos, jurídicas, trabalhistas, de segurança pública, educação, saúde e seguridade social, entre outras. (BRASIL, 2016, p. 5).

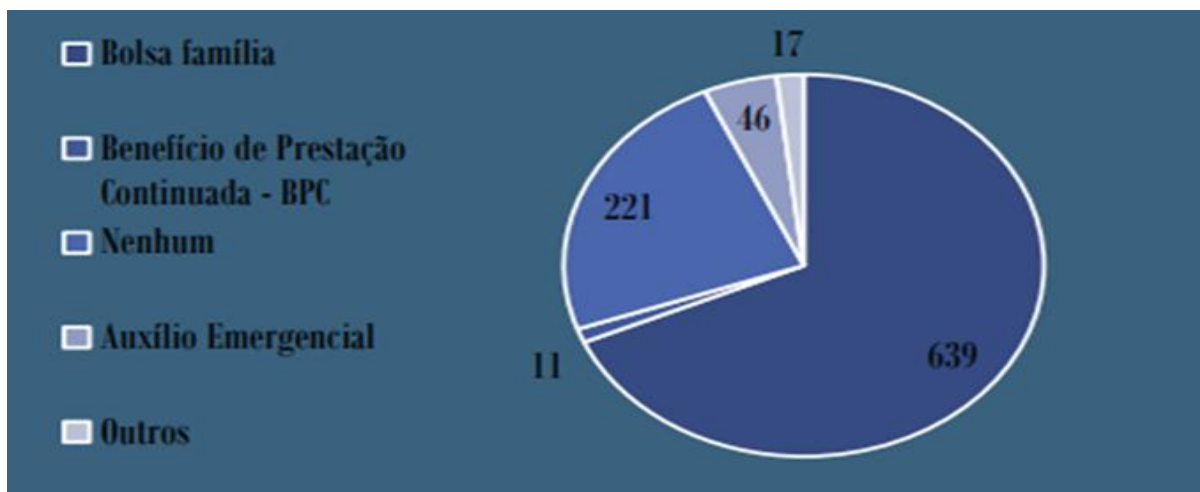
Assim, para estabelecer essa integração é necessário “definir o direito Socioassistencial de pessoas em situação migratória, reconhecendo o migrante como sujeito de direitos, com direitos e proteções asseguradas tanto no ordenamento jurídico brasileiro quanto no plano internacional.” (BRASIL, 2016, p. 4). Contudo, para Fraga e Oltramari (2020) o acesso aos direitos sociais nem sempre são bem sucedidos pelos imigrantes. Aqueles em situação de maior vulnerabilidade sentem maior dificuldade tanto no acesso quanto na informação para chegar ao acesso. Durante a pandemia, devido ao alto índice de desemprego dos brasileiros neste período, o Governo Federal concedeu um benefício financeiro de renda mínima, destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados, e tem por objetivo fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela pandemia do novo coronavírus. Embora muitos imigrantes tenham buscado esse auxílio, poucos foram de fato contemplados, pois para solicitar o auxílio há que se ter o Cadastro de Pessoa Física (CPF), sem ele considera-se situação migratória indocumentada.

Sobre a inserção dessa população na seguridade social brasileiro, o acesso ao auxílio emergencial pelos imigrantes foi marcado por uma série de dificuldades. Elas foram desde a necessidade de atualização de cadastro no CPF às negativas de agências bancárias em pagar os

imigrantes que obtiveram o benefício. Uma simples divergência de grafia no nome da mãe ou a ausência desse dado no cadastro de CPF junto à Receita Federal era suficiente para emperrar a solicitação do benefício. Já as agências bancárias se recusaram a realizar o pagamento a imigrantes que estivessem com documentos vencidos. No entanto, em razão da pandemia, a Polícia Federal havia suspenso temporariamente os serviços e prazos de regularização migratória.

Esses e outros entraves para obter o benefício, mesmo garantido por lei, geraram descrédito junto aos imigrantes. E com eles, a crença de que o auxílio emergencial se aplicaria somente aos brasileiros. Aos que conseguiam o benefício, cabia escolhas duras, usar o dinheiro do auxílio emergencial basicamente para despesas com alimentação, ao mesmo tempo em que deixavam de lado outras contas, como o aluguel. (MIGRAMUNDO, 2020).

Figura 4 - **Imigrantes internacionais participantes da pesquisa “Impactos da pandemia de Covid-19 nas migrações internacionais no Brasil” segundo programas sociais do Governo Federal que teve acesso. Brasil, 2020.**



Fonte: Grupo interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Direitos Sociais e Migração (GIPE) e do Grupo Distribuição Espacial da População (GEDEP) - PUCMINAS/Observatório das migrações em São Paulo-NEPO/UNICAMP, maio a junho de 2020. (Fernandes, Baeninger e Demétrio, 2020, p. 69).

Figura 5 - Imigrantes internacionais participantes da pesquisa “Impactos da pandemia de Covid-19 nas migrações internacionais no Brasil” que não solicitaram auxílio emergencial segundo motivo. Brasil, 2020.



Fonte: Grupo interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Direitos Sociais e Migração (GIPE) e do Grupo Distribuição Espacial da População (GEDEP) - PUCMINAS/Observatório das migrações em São Paulo-NEPO/UNICAMP, maio a junho de 2020. (Fernandes, Baeninger e Demétrio, 2020, p. 69).

De acordo com a pesquisa dos autores Fernandes, Baeninger e Demétrio (2020) dos 985 imigrantes que confirmaram inscrição no CadÚnico, 46 receberam o auxílio emergencial. Nesta mesma pesquisa é possível verificar que entre os imigrantes que não solicitaram o auxílio emergencial, 405 (63%) efetivamente não compunham o grupo que pode ter acesso ao benefício, no entanto, outros 233 (37% dos casos) disseram não ter conseguido entrar no site da Caixa Econômica Federal ou demandam ajuda para tal e não encontraram alguém para auxiliá-los. Percebe-se que apesar de alguns imigrantes conseguirem acessar o Auxílio Emergencial, a maioria não conseguiu devido à questões de acesso, dificuldades de manuseio do sistema ou pela falta de documentação.

Diante disso, cabe lembrar que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, assegura aos estrangeiros plena igualdade de tratamento com os nacionais. Além disso, a nacionalidade não deve ser critério para a concessão do benefício de caráter assistencial. Para mais, a concessão desse auxílio é crucial para que as pessoas em situação de vulnerabilidade social possam cumprir as medidas de distanciamento social que visam reduzir a velocidade da transmissão do vírus.

Além do acesso ao auxílio, houve também a crescente situação de vulnerabilidade social dos imigrantes neste período pandêmico, “ênfatizando a redução dos atendimentos de serviços em diferentes áreas, seja nos agendamentos para atendimento junto a polícia federal, na emissão de documentos, dentre outros serviços que estão suspensos por conta da pandemia.”

(PELLIZARI; ALVEZ, 2021, p. 317). Os autores entendem que o Estado não deve restringir qualquer acesso desta população sob pena de discriminação. Para os autores, outro aspecto jurídico que tem exposto as fragilidades dos imigrantes e refugiados diz respeito a situação migratória que muitos indivíduos vivenciam, como a fragilidade dos que aguardam a possibilidade de agendamento (suspensas durante a pandemia) para se apresentarem à polícia federal, e os solicitantes de refúgio que esperam o reconhecimento apenas com o protocolo de solicitação em mãos, documento muitas vezes não aceito por instituições brasileiras, apesar de ser reconhecido pelos órgãos competentes.

Inferre-se que a pandemia causada pela Covid-19 trouxe fragilidades para toda a sociedade, exacerbando desigualdades sociais já existentes em populações que vivem em situação de extrema vulnerabilidade social, e a ausência de políticas públicas específicas para a população imigrante, aumenta as dificuldades de acesso por estas pessoas. Além da condição de vida e de subsistência dessas pessoas estar prejudicada, a irregularidade migratória ameaça a efetividade das políticas públicas no combate à pandemia, e é notório que esta calamidade tem afetado de maneira diferenciada a população mais carente em todo mundo, e é sabido que os imigrantes sempre estiveram entre as pessoas que enfrentam maiores desafios no acesso a serviços e políticas públicas.

Obviamente, a situação da pandemia atinge toda a população brasileira, mas coloca os imigrantes em uma situação de muita preocupação e incerteza. Quando deflagrou a pandemia, viu-se que o quadro de carências, necessidades e também de violações de direitos contra imigrantes refugiados se agravou. São imigrantes, emigrantes, refugiados, solicitantes de refúgio, apátridas, vítimas de tráfico de pessoas, estudantes internacionais, entre outros. Pessoas que se deslocam por motivos econômicos, estudos, refúgio, questões ambientais, e que lutam para reconstruir suas vidas longe de suas famílias e de sua cultura.

Assim, entende-se que em meio a uma pandemia, excluir os migrantes no acesso à saúde pública corresponde a condenar toda a sociedade a riscos desnecessários e evitáveis de contágio, além de corroborar a injustiça que o próprio sistema econômico já impõe cotidianamente à maioria da população. Desse modo, “a OMS coordenadora, de ação internacional no campo da saúde, considera que o migrante e o refugiado têm direito à saúde, sem discriminação em relação aos nacionais de estado de trânsito ou acolhida”. (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 35), pois, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, elevado à categoria dos direitos fundamentais, no contexto brasileiro, a saúde foi uma conquista da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988,

sendo um direito de todos, e esse direito não se restringe apenas a poder ser atendido em estabelecimentos de saúde, mas implica também, a garantia ampla da qualidade de vida, como responsabilidade do Estado, de acesso universal e igualitário.

4. COMPLEXIDADE E DESAFIOS NA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE PÚBLICA E IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL

Este capítulo inicia com uma breve contextualização da história da construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. Descreve-se os desafios no acesso, na atenção e na promoção da saúde dos imigrantes, que na sua maioria estão relacionados à diversidade cultural desses sujeitos. A partir da Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde (PNPES), o texto ainda discute os princípios doutrinários do SUS, as condições de vulnerabilidade dos imigrantes e a necessidade de se pensar em políticas públicas que atendam às necessidades específicas dessa população.

4.1 Os desafios dos imigrantes no acesso à saúde e a complexidade para as equipes de saúde da rede de atenção primária em saúde (APS)

Antes da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), “existia um duplo comando na área da saúde, pois o Ministério da Saúde cuidava das ações preventivas e o Ministério da Previdência Social incumbia-se pela prestação dos serviços médicos curativos.” (BRASIL, 2000, p. 6). O acesso a esses serviços, até então, não era um direito de todos, nem de acesso universal, mas somente dos que contribuía para o sistema que era ligado ao Ministério da Previdência Social. Somente os trabalhadores com carteira registrada faziam jus aos serviços públicos de saúde. Sob outro aspecto, ações como as campanhas de vacinação eram de competência do Ministério de Saúde, revelando a duplicidade e a fragmentação das ações e dos serviços de saúde. (BRASIL, 2000).

Ainda que a saúde seja uma das maiores demandas do nosso país, ela não ocupava lugar central dentro da política do Estado brasileiro, tanto no que diz respeito à distribuição de recursos quanto à resolução e o auxílio nas doenças, o mesmo era direcionado a uma parte da população, os trabalhadores. No Brasil, a garantia do direito à saúde e a configuração de uma política de proteção social em saúde abrangente (para todos e de forma igualitária) se configuraram muito recentemente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS. (BAPTISTA, 2007).

Segundo a autora, a política de saúde no Brasil perpassa por diferentes momentos históricos e sociais, e muitas eram as dificuldades enfrentadas pela população. O quadro de

desamparo por parte do Estado e a falta de acesso e recursos destinados à população, era notável. Boa parte das pessoas não possuía recursos para acessar serviços de assistência médica, pois “o direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social.” (BAPTISTA, 2007, p. 35). Foi então a partir do governo Vargas, que iniciou uma trajetória de expansão e consolidação de direitos sociais, foram criados os institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), expandindo o papel das CAPs, dando origem ao primeiro sistema de proteção social brasileira. (BAPTISTA, 2007).

De todas as lutas e movimentos em prol da saúde, o momento mais importante foi o que chamamos de “Reforma Sanitária”. O movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no país apresentando quatro proposições para debate: a saúde como um direito de todo cidadão, independente de contribuições ou de qualquer outro critério de discriminação, as ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo um acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo, a gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios, o Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde. (BAPTISTA, 2007, p. 43).

Após anos de luta, em outubro de 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal, que a criação do SUS entra num contexto de busca de implantação de um Estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Com a criação do SUS, proporcionou-se para toda a população brasileira, inclusive imigrantes residentes no país, o acesso universal e gratuito aos serviços públicos de saúde, sem qualquer tipo de discriminação.

A nova Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) insere-se nessa mesma lógica e coloca o acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória como um dos princípios da política migratória brasileira. Contudo, com o aumento dos fluxos migratórios internacionais para o Brasil e as transformações de modelos de atenção à saúde, nunca foi tão necessária a inclusão de imigrantes e refugiados, não só no cuidado em saúde, mas no planejamento e redirecionamento do fazer saúde. (VENTURA; YUJRA, 2019).

Os desafios da imigração no SUS não estão relacionados à legislação do país, que garante direitos a essa população, mas a inclusão de imigrantes pelas instituições de saúde consiste no comprometimento dessa área com os direitos humanos. É necessário que os serviços de saúde forneçam cuidados que não sejam centrados apenas a cuidados médicos, mas no atendimento que considere as necessidades particulares do usuário, como o seu estilo de vida, a sua cultura e o contexto social que este está inserido, de modo que esses fatores possam

favorecer o tratamento da pessoa, e “para isso, é necessária a busca constante de novas formas de atuação, criação de ações, estratégias e políticas que prevejam a igualdade, a não discriminação e reforcem o cumprimento do direito humano à saúde.” (GUERRA; VENTURA, 2017, p. 128).

Para a inclusão dessas pessoas no SUS, Dias e Gonçalves (2007) relatam que é necessária uma reorganização dos serviços de saúde que permita um maior ajustamento e adaptação a realidade migratória, pois, embora o direito à saúde esteja assegurado pela Constituição brasileira, “o fenômeno da migração evidenciou a fragilidade da estrutura e o despreparo do país na atenção à saúde do migrante e também a carência de políticas públicas de saúde voltadas a esta população.” (ALVES; MARTINS; BORGES, et. al. 2019, p. 4678). Assim, objetiva-se a busca por informação e conhecimento sobre o acesso dessa população aos serviços de saúde, isso é relevante pois assume-se, ainda, valor inestimável como instrumento de suporte para fortalecer a capacidade de formulação de políticas, programas e estratégias mais eficazes para responder às necessidades de saúde dessas pessoas, fortalecendo e aprimorando o SUS.

Uma melhor compreensão dos determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde da população imigrante poderá ser de grande utilidade para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde mais adequados (que contribuam de forma efectiva para minimizar os seus problemas de saúde). (DIAS; GONÇALVES, 2007, p. 21).

Alves, Martins e Borges (2019) também reforçam a necessidade de analisar a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes, visto que essa população é considerada como um grupo social normalmente exposto às mais variadas situações de vulnerabilidade. Analisar as informações de acesso à saúde, traduz-se na definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde dos imigrantes, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados.

A utilização de serviços de saúde representa o centro de funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto - consultas médicas - hospitalizações - ou indireto - realizações de exames preventivos e diagnósticos - com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190).

Para Silva e Galvão (2015) o uso de serviços de saúde é uma forma indireta de mensurar o acesso e a equidade do sistema de saúde, uma vez que o SUS estabelece normas nacionais para o funcionamento descentralizado, integral e universal. “Investigar a situação de saúde e a

utilização de serviços é, portanto, essencial para evidenciar aspectos que requerem atenção, pela melhoria da realidade local.” (SILVA; GALVÃO, 2015, p. 726). A finalidade de se avaliar o acesso aos serviços de saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de enfrentamento. A partir de Travassos e Martins (2004, p. 190-191) apresentam-se os determinantes da utilização dos serviços de saúde, que são fatores relacionados a:

(a) à necessidade de saúde - morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação); culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo); tempo de graduação; especialidade; características psíquicas; experiência profissional, tipo de prática; forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis; características de oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração; acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento; tipo de seguro de saúde; quantidade; tipo de distribuição dos recursos; legislação e regulamentação profissional e do sistema. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190-191).

Entende-se que a influência de cada um desses determinantes contribui para a qualidade dos atendimentos oferecidos pelo SUS, pois a responsabilidade para um atendimento e acesso de qualidade é conjunto, onde tanto a gestão, as equipes, a política de saúde e seus usuários tornam-se participantes do funcionamento desses serviços. Travesso e Martins (2004) entendem que o conceito de acesso é muito relativo e varia dependendo do autor. Para alguns autores, o conceito de acesso significa, acessibilidade, caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros autores entendem acesso como ato de ingressar, entrada, ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Assis e Jesus (2012) compreendem que o acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção.

Para Bitencourt et al. (2020) a não garantia do acesso ao sistema de saúde intensifica as vulnerabilidades das pessoas em processo de imigração, pois de acordo com Guerra e Ventura (2017, p. 124) “as restrições ao acesso aos bens e serviços de saúde merecem especial cuidado nas suas justificativas éticas, considerando que podem representar grave violação aos direitos humanos.” Não é novidade que os imigrantes estão mais expostos a danos morais, devido à fragilidade em que se encontram, estes têm menos acesso aos serviços de saúde de qualidade do que os nacionais. Isso tudo, devido à diferença cultural, religiosa, racial, dentre outras,

porém, o fato é que essas desigualdades podem refletir na forma como estes são atendidos pelos serviços do SUS.

Para Muller e Knauth (2008) entre os princípios que orientam o SUS está o de que a assistência à saúde deve ser universal, integral e igual. Tal igualdade implica que não haja preconceitos, ou seja, que todos independentemente de cor ou classe social, sejam tratados de forma igualitária, e acredita-se que uma das dificuldades para que esse princípio seja efetivamente respeitado envolve a falta de capacitação dos profissionais de saúde na área da imigração. O SUS e seus trabalhadores têm muita dificuldade e limitações quando o assunto é imigração internacional, a falta de informação, de compreensão e de entendimento sobre esse fenômeno explica o desafio da inserção social e na qualidade do atendimento dos serviços públicos de saúde para essa população. Muitos profissionais não possuem informações mínimas sobre a cultura da população imigrante, pois entende-se que, quanto mais habituados à cultura, aos costumes e ao idioma dos imigrantes, mais positiva será os atendimentos realizados no âmbito do SUS.

Percebe-se que a qualificação dos profissionais de saúde é um dos caminhos para facilitar o acesso aos serviços da rede de APS pela comunidade imigrante. Investir na qualificação desses trabalhadores é uma maneira de melhorar a qualidade e a potencialidade desses profissionais, de modo que os trabalhadores terão subsídios e condições favoráveis para elaborar, atender e acolher a população de acordo com suas diferentes necessidades em saúde. Para Oliveira et al. (2016) a formação e qualificação dos profissionais é um processo histórico que vem sofrendo atualizações ao longo dos tempos.

Nos séculos XX e XXI, destacam-se marcos legais e movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde que visam superar o modelo de prática hospitalocêntrica e fragmentada, de viés privatizante, com deficiências em atender às necessidades sociais de saúde, distanciado da realidade social e epidemiológica da população. (OLIVEIRA, et al. 2016, p. 548).

De acordo com Oliveira et al. (2016) embora ainda não se tenha atingido todos os objetivos propostos com esses movimentos, algumas conquistas foram significativas como o ensino voltado a uma assistência mais adequada à realidade da sociedade, na perspectiva de uma Atenção Primária em Saúde de qualidade. A preocupação da qualificação dos profissionais inseridos no SUS, vem sendo referendada por meio de movimentos sociais, legislações e políticas públicas que defendem que o SUS deve exigir uma reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, com definição de diretrizes para o setor e fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade.

Em relação aos atendimentos oferecidos aos imigrantes, acredita-se que o principal causador da precariedade no acesso por essa comunidade se dá pela baixa capacitação dos servidores públicos para atender essas pessoas, visto que os imigrantes apresentam demandas bastante particulares. Para resolver esse problema, é necessário um maior engajamento do poder público na criação de políticas de capacitação para esses trabalhadores.

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi defendida como uma estratégia para reorganização das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, em especial APS, mediante ações intersetoriais e mudanças no ensino da saúde, constituindo, assim, um quadrilátero formado por diferentes atores do processo de trabalho: atenção, ensino, gestão e controle social. (OLIVEIRA, et al. 2016, p. 548).

A EPS é sem dúvida uma importante ferramenta que possibilita uma reflexão crítica e atualização sobre as práticas de atenção à saúde realizadas nos serviços, uma vez que a Educação Permanente em Saúde é um processo educativo que envolve as práticas de trabalho das equipes do SUS. Assim, “em um país com tantas contribuições culturais na sua formação como o Brasil, vemo-nos diante de questões interculturais bastante desafiadoras” (SILVA, 2013, p. 4), o que reforça-nos a novas adaptações nos atendimentos oferecidos pelo SUS, e de capacitações constantes para os profissionais de saúde para atender demandas interculturais.

O grande desafio para os profissionais de saúde é o de prestarem assistência aos imigrantes transitando no espaço desta diversidade cultural expressa através das línguas e dos diferentes costumes. As questões nesse encontro cultural entre profissionais de saúde e imigrantes, “vão se estreitando em níveis cada vez mais profundos, especialmente quando se trata do entendimento da origem das doenças, suas multicausalidades e a visão não fragmentada desses povos.” (SILVA, 2013, p. 8).

Para Silva (2013, p. 22) “a partir do momento em que os profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho entre essas etnias, é natural e inevitável o choque no encontro de culturas.” Pois para o autor supracitado os valores conhecidos pelos profissionais entram em conflito com os diferentes valores e concepções dos diferentes povos com quem eles mantêm contato.

A fidelidade a certo conjunto de valores faz com que, inevitavelmente, as pessoas fiquem parcial ou totalmente insensíveis a outros valores aos quais outras pessoas, igualmente provincianas, são igualmente fiéis. (SILVA, 2013, p. 22).

A identidade social e cultural de imigrantes no Brasil, ainda que tenha leis que assegurem direitos que respeitem a diversidade, vem sendo percebida pelas equipes de saúde como um desafio, em função da interlocução com estrangeiro, seja devido à língua, às

percepções das diferenças culturais, que dificultam um tratamento que leve o imigrante a ser reconhecido como um sujeito de direitos e de respeito às suas diferenças. Em algumas situações “os serviços de saúde se apresentam como locais de manutenção das desigualdades e preconceitos da sociedade, em vez de serem locais de acolhimento e proteção” (MULLER; KNAUTH, 2008, p.6), pois em algum momento as questões que envolvem visões de mundo serão expressas de alguma forma nos atendimentos oferecidos por esses trabalhadores.

Quando pensa-se nas diferentes culturas, na diferença de línguas faladas por diferentes povos e nacionalidades, e que cada cultura possui sua sabedoria e conhecimento, começa-se a dimensionar o tamanho do desafio da imigração internacional na saúde pública, pois, “comunicar, interpretar os diferentes códigos – do processo saúde/doença e suas multicausalidades – é o cenário de atuação destes profissionais.” (SILVA, 2013, p. 27). Desse modo, esforços se tornam cada vez mais necessários para pensar a cultura na saúde, facilitando o acesso e a inclusão de imigrantes no SUS. Para isso, “a APS é uma forma de organizar a integração dos serviços de saúde, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população.” (OLIVEIRA, et al. 2016, p. 548). A Atenção Primária em Saúde deve ser orientada pelos princípios da acessibilidade, do vínculo, da continuidade e do cuidado. As normativas atuais convergem para seu papel fundamental de porta de entrada principal, facilitando o acesso da população aos outros serviços públicos de saúde.

Na conformação atual do acesso na APS, uma diretriz nacional merece menção: o acolhimento. Nascido em contexto de comum degradação da relação entre serviços e usuários, associado à precariedade do acesso, o acolhimento visa resgatar a relação de solidariedade profissional-usuário e a agilidade do acesso na APS. (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018, p. 363).

Para Brasil (2008) o acolhimento é entendido como uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. No âmbito do SUS o acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) esta prática não necessita de precedentes para ser executada, nem de profissional qualificado para a sua realização. O acolhimento pode ser associado uma prática ética quando baseada no interesse do trabalhador em saber como se acometeu a doença e entender o processo de adoecimento do paciente.

O acolhimento orienta a prática de escuta empática de todos os usuários nos serviços de APS, com negociação entre profissionais, visando aumentar a equidade, a resolubilidade do primeiro contato e a agilidade no atendimento. O acolhimento tem estimulado a prática clínica da enfermagem e o trabalho em equipe, a

desburocratização organizacional e a melhoria do acesso. (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018, p. 363).

Entende-se que algumas pessoas necessitam mais de acolhimento por parte dos trabalhadores do SUS, como é o caso dos usuários que têm sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis. Assim, para que o acolhimento aconteça de fato nos serviços de saúde, é preciso que as equipes de saúde se reúnam, para discutir como está sendo realizado os atendimentos nos serviços, avaliando qual o caminho que o usuário leva desde de que ele chega aos serviços de saúde, por onde ele entra, quem o recebe, como o recebe, quem o orienta, quem o atende e para onde ele vai depois do atendimento. Todas as etapas que o usuário percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas é importante ser considerado. (BRASIL, 2008).

Esse momento de discussão entre as equipes de saúde, vai mostrar o que pode ser mudado, para que assim o usuário possa ser melhor acolhido. Para além disso, é importante ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde para proporcionar essa escuta qualificada aos usuários, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade. As possibilidades de um acolhimento humanizado são muitas, mas para isso, é necessária a participação de toda a equipe que trabalha nos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde.

Muitas são as dimensões com as quais o SUS está comprometido, como: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover saúde. Assim como, o SUS reconhece que muitos são os desafios enfrentados na saúde pública, quando este, se compromete com a defesa da vida e a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2010). “Os cuidados em saúde acabam por constituir a porta de entrada para os imigrantes nos serviços públicos, pois em algum momento haverá busca de alívio aos seus sofrimentos em contexto de serviços marcados por desafios nos processos de inclusão.” (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018, p. 10).

No percurso de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas ou desafios que persistem, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 3).

Seja por parte dos trabalhadores ou dos próprios imigrantes, os desafios encontrados na saúde são vastos, e necessitam de total atenção. O crescimento do fluxo migratório internacional traz à tona o debate do acesso dessa população pelos serviços públicos de saúde, considerando que é de se esperar que as necessidades de atenção em saúde também envolvam

os novos imigrantes. Portanto, para o enfrentamento adequado dos principais problemas e desafios postos aos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental contar com o conhecimento sobre a situação de saúde e dos determinantes e condicionantes da saúde dessa população.

Embora a migração não repercuta necessariamente como uma ameaça à saúde, ela pode aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos, considerando as diferentes características da população migrante e nativa, e dos próprios sistemas de saúde vigentes nos países. Esses aspectos individuais, programáticos e sociais da vulnerabilidade devem ser pensados na elaboração e implementação de políticas de saúde. (GUERRA; VENTURA, 2017, p. 124).

Considerando as características atuais dos novos fluxos migratórios internacionais, pode-se citar que uma das barreiras para acessar os serviços da rede de Atenção Primária em Saúde está vinculado ao fato de muitos não possuírem documentação, não falarem o idioma português e a falta de qualidade no atendimento que recebem, atendimento este, não compatível com sua cultura. Vê-se também que muitos imigrantes desconhecem o funcionamento dos serviços públicos de saúde, o que dificulta o acesso e a continuidade do cuidado como proposta da APS.

O desconhecimento da língua do país de acolhimento é uma das origens de problemas comunicacionais e relacionais entre imigrantes e brasileiros, entre usuários imigrantes e profissionais de saúde. “A dificuldade com a língua portuguesa promove reflexos negativos na compreensão da doença, no tratamento e no trato com os profissionais de saúde.” (GUERRA; VENTURA, 2017, p. 126). Para Guerra e Ventura (2017) estas condições relacionadas a barreira linguística provocam um sentimento de insegurança tanto para os imigrantes explicarem o que sentem quanto para compreenderem o que os profissionais dizem. Assim, a barreira do idioma é agravada quando a doença é mais grave, “devido à maior utilização pelos profissionais de termos técnicos para esclarecê-la, além da dificuldade de compreensão das instruções durante os procedimentos que dependem da colaboração dos pacientes para serem realizados” (GUERRA; VENTURA, 2017, p. 126) e, por não dominarem o idioma local, os imigrantes apresentam grande dificuldade de se comunicar com eficiência e liberdade, conseqüentemente, o acesso aos sistemas de saúde por essa população é fragilizada.

De acordo com Granada et al. (2017) em uma pesquisa realizada com imigrantes haitianos, apresentou-se também a falta de informação como fator dificultador de acesso aos serviços de saúde, considerando a avaliação dos serviços de saúde pelos imigrantes haitianos como heterogênea: alguns avaliam positivamente o atendimento junto ao SUS, enquanto outros reclamam de demora no atendimento e dificuldade de acesso.

Para os autores Granada et al. (2017) os problemas relacionados com a imigração, a qualidade de vida e o acesso à saúde aumentam com: as dificuldades comunicacionais, linguísticas e de adaptação no país de acolhimento, o confronto com o preconceito e diferentes situações de discriminação, as condições precárias de trabalho e moradia, os processos de aculturação, dentre outros, são fatores que tornar essa população mais vulnerável do que a população nacional, o que dificulta ainda mais o acesso aos serviços públicos de saúde.

Percebe-se que, diversas questões podem ser relacionadas às especificidades da condição do imigrante e os desafios sofridos por essa população no acesso à saúde. A OMS (2005) refere como prioritário: o acesso aos determinantes de saúde (moradia, alimentação, saneamento e acesso à informação e aos serviços de saúde, entre outros), o combate às vulnerabilidades, desigualdades sociais, pobreza e discriminação, fatores que influenciam a saúde dos imigrantes.

Um outro problema envolvido na precariedade do acesso se dá pela falta de profissionais qualificados e pela carência do número de profissionais para atender um grande número de pessoas. “A precarização do trabalho na APS afeta diretamente a população, dificultando o acesso aos serviços, além de expor os usuários às condições precárias, o que repercute negativamente na segurança do paciente.” (DAMASCENA; VALE, 2020, p. 5).

A escassez de médicos na APS com formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), sua concentração em grandes áreas urbanas e a sua grande rotatividade nos serviços indiretamente prejudicam o acesso (pela falta de profissionais e pelo não conhecimento dos usuários, tornando os atendimentos mais trabalhosos). (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018, p. 365).

Para Damascena e Vale (2020) a precarização do trabalho afeta também os trabalhadores, dado que os baixos salários déficit de recursos e insumos, ambiente de trabalho inadequado, carga de horária excessiva e contratações precárias se constituem como motivos que geram insatisfação, desmotivação e sofrimento. A forma como os profissionais de saúde são tratados influencia e muito nos atendimentos oferecidos à população. A partir do momento em que os profissionais de saúde são valorizados, a motivação e dedicação às atividades relacionadas ao trabalho no atendimento ao usuário é desenvolvida com qualidade, pois a valorização do trabalhador é indispensável para fazer o SUS acontecer.

A demora da espera na recepção para atendimentos nas ESFs e UBSs, também se configura como um motivo de insatisfação por parte dos usuários. A espera para conseguir atendimento, produz a incerteza nas pessoas, o que os faz questionar se vão ser atendidos ou não, e quanto tempo será gasto até esse atendimento acontecer, isso compromete a garantia de

acesso e pode interferir na assistência, provocando baixa adesão e confiabilidade no serviço. “Grande parte da fonte de insatisfação com o atendimento do SUS é, em qualquer caso, claramente vinculada ao fator “tempo de espera”, demora em ser atendido, demora em filas de espera, demora para marcar consulta, demora na recepção.” (CONASS, 2003, p. 24).

Dependendo da complexidade do serviço público que se almeja, da localidade onde o sujeito reside, o tempo de espera pode ser muito grande, desestimulando a população a usufruir de seus serviços. O objetivo da APS é oferecer um atendimento mais digno e humanizado, sem esperas infinitas, assim como, respeitar seus usuários não só como pacientes, mas como indivíduos. “Tais situações mostram o quanto o país receptor deve também se responsabilizar por desenvolver políticas e condições concretas de acesso aos serviços de saúde, tendo em vista a valorização e o respeito aos direitos humanos acima de tudo.” (DELAMUTA, 2020, p. 5). Reitera-se que se os profissionais de saúde permanecerem distantes do conhecimento dos direitos humanos e mantiverem a idéia de que esses direitos são uma questão que compete somente ao Estado, dificilmente os discriminados e estigmatizados, como são os imigrantes, mudarão sua percepção sobre os serviços de saúde e seus profissionais.

Sendo assim, infere-se que são muitos os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e pelos imigrantes da APS, a presença de pessoas despreparadas e incapacitadas para atender demandas interculturais, a falta de humanização nos atendimentos, a falta de capacitação e especialização para os profissionais de saúde, a barreira linguística, concepções de saúde e doenças, são fatores que influenciam na qualidade dos atendimentos oferecidos no SUS. Desse modo, entende-se que é importante a integração dos profissionais de saúde e gestores, assim como da comunidade para a construção da integralidade, da equidade em saúde e da universalidade, são eles que realizam o papel principal na construção e na execução das políticas do SUS. A garantia de acesso aos serviços de saúde passa pela possibilidade de oferta suficiente de serviços que assegurem a cobertura da população. Esta cobertura é entendida como uma relação dinâmica entre oferta e procura, na qual intervêm, por um lado, as necessidades da população e por outro, os recursos tecnológicos e organizacionais que configuram a oferta para satisfazer a demanda.

4.2 Equidade em saúde para imigrantes no âmbito da Atenção Primária em Saúde

Podendo ser considerado uma das maiores conquistas sociais expressa na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), “é formado pelo conjunto de todas as ações

e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.” (BRASIL, 2000, p. 5). O Sistema Único de Saúde é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde os atendimentos mais simples aos mais complexos, visando uma atenção integral à saúde e não somente aos cuidados assistenciais, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O SUS é fruto de um intenso processo de organização e de luta dos trabalhadores no início da década de 1970. Considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS oferece a todo cidadão acesso integral, universal e gratuito, onde todos e todas, brasileiros e estrangeiros tem direito de usufruir de seus serviços sem discriminação ou preconceito. Criado pela Lei 8080/1990, o SUS teve sua origem a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil no ano de 1988, assim, em seu art. 196 a saúde é expressa como um direito de todos e dever do Estado, oferecendo acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação a todas as pessoas em território nacional.

Desse modo, o SUS, responsável pela oferta de acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, é organizado de forma descentralizada, e os serviços que ele oferece são agrupados de acordo com a complexidade das medidas necessárias para acolher a população em sua totalidade e efetividade. São três os níveis de saúde pública no Brasil: primário, secundário e terciário, cada um com suas características e demandas específicas. O nível primário é constituído por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), o nível secundário é composto por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios, e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Já o nível terciário fornece atendimento de alta complexidade, formada por hospitais especializados, normalmente de grande porte, com atendimentos oncológicos, transplantes, procedimentos cirúrgicos, dentre outros.

Entende-se por Atenção Primária em Saúde (APS) o nível de saúde responsável por atender de forma regionalizada, contínua e sistematizada as necessidades de saúde da população, integrando ações preventivas e curativas. O termo APS é utilizado internacionalmente, a primeira definição desse conceito apareceu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS no final da década de 1970. No Brasil esse conceito de APS adota a designação de Atenção Básica (AB), ou seja, assim como

diz a portaria que rege essa Política, sendo ela, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reafirma que esses dois termos são equivalentes. (MATTA; MOROSINI, 2009).

A partir da proposta da APS, de atender a população com ações preventivas e curativas, é importante frisar a diferença do uso de dois conceitos utilizados no âmbito da saúde: assistência e atenção. O que se espera da APS é que ela seja o serviço de saúde mais acessível à população, em todos os sentidos. Os usuários dos serviços de Atenção Básica precisam em potencial perceber o serviço como acessível, seja no tocante à localização, quanto aos horários de funcionamento, refletindo na utilização dos seus serviços. Em consequência disso, a continuidade do serviço de APS pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção. Assim, entende-se que o termo assistência está muito vinculado a práticas clínicas, enquanto atenção consegue ir além dessa prática medicinal, porque ela trata do acompanhamento contínuo, do acompanhamento mais humanizado e mais próximo das pessoas, tendo como objetivo principal a prevenção de doenças. Sendo assim, a Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde, atua de maneira preventiva, visando a garantia de saúde e qualidade de vida aos usuários, postergando doenças e atuando na promoção da saúde.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (PNAB, 2012, p. 19).

Para isso, a APS é desenvolvida como o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas, e assim, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os princípios que essa política traz são os mesmos princípios do SUS, a universalidade, a acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Sendo assim, a APS, é constituída pelas UBSs e pelas ESFs instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenhando um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. (PNAB, 2012).

A ESF visa à reorganização da AB no país, e é tida como estratégia de expansão e consolidação da atenção básica, por aprofundar os princípios e diretrizes do SUS e da PNAB, por ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades. Ela oferece atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral,

Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamentos odontológicos, encaminhamentos para especialistas e fornecimento de medicação básica. (BRASIL, 2018). A ESF dentro da PNAB (2012) tem estabelecida uma equipe multiprofissional, a Equipe de Saúde da Família (eSF), composta por no mínimo, médico generalista, ou especialista em Saúde da Família; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; técnico de enfermagem; agentes comunitários de saúde (ACS). Podendo ainda ser composta por cirurgião dentista e técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, 2019).

A APS é o primeiro nível de atenção em saúde que se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, sendo ela a porta de entrada de todos os serviços realizados pelo Sistema Único de Saúde, oferecendo atendimento gratuito e acessível a toda população, e esse atendimento gratuito e acessível se estende também aos imigrantes, sendo eles documentados ou não, pois sabe-se que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (Art.196, CF).

Além da Constituição Federal de 1988, a Organização Mundial da Saúde entende a saúde como um direito fundamental de todo ser humano. Integralidade, universalidade e equidade, são os princípios doutrinários do SUS, inteiramente interligados aos direitos humanos e a garantia de acesso a todas as pessoas em território nacional.

A integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, e para isso, “é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação” (CUNHA; CUNHA, 2018, p. 301), assim como, para os autores supracitados, a integralidade corresponde a articulação com outras políticas públicas, propondo uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

O princípio da universalidade reforça que “o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ou outras características sociais ou pessoais.” (CUNHA; CUNHA, 2018, p. 301). A universalidade faz referência dentro da PNAB como porta de entrada preferencial, como ponto de atenção na rede que vai dar acesso ao usuário aos outros pontos de atenção à saúde.

O princípio da equidade tem por objetivo diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as

peçoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. (CUNHA; CUNHA, 2018). Como um princípio da justiça social, a equidade trata de forma desigual os desiguais, “ela evidencia o atendimento aos indivíduos a partir das necessidades de cada um, investindo mais onde a carência é maior. Assim, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida.” (CUNHA; CUNHA, 2018, p. 301). Dentro da PNAB a equidade vem para identificar que na APS esse usuário vai ser reconhecido a partir das suas necessidades, aquele que precisa mais deverá ter mais.

Contudo, ainda que o SUS seja responsável pela concretização desses princípios em todos os seus serviços, certos fatores ainda dificultam o acesso aos serviços de saúde pública pelos imigrantes, como a desigualdade social, as dificuldades particulares de grupos socialmente vulneráveis e o despreparo de profissionais de saúde referente ao atendimento intercultural, frequente em meio aos novos fluxos migratórios internacionais no Brasil.

Além de consagrar os princípios da igualdade e da não discriminação, do acesso equitativo aos serviços de saúde, “a OMS considera que os sistemas de saúde devem oferecer atenção compatível com a cultura, a língua, a idade e o sexo das pessoas.” (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 41). A saúde no Brasil tem sofrido importantes avanços em seu modelo de atenção como a descentralização, a ampliação na atenção à saúde, o controle social, dentre outras melhorias que apresentam um firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, assim como, o SUS contempla as especificidades sociais, étnicas, culturais e geográficas da população brasileira.

No estado actual do conhecimento é globalmente aceite que as políticas e as estratégias devem ser sensíveis à diversidade cultural e adaptadas aos diversos contextos que surgem com o fenómeno migratório, a fim de serem dadas respostas eficazes às necessidades das populações e indivíduos. (DIAS; GONÇALVES, 2007, p. 21).

Considera-se que é de suma importância que as políticas de saúde sejam desenvolvidas e aplicadas de acordo com as necessidades das populações imigrantes, e que os profissionais das unidades de saúde sejam devidamente instrumentalizados e preparados para atuar junto a eles (GUERRA; VENTURA, 2017), pois, a “AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural. Buscando produzir a atenção integral.” (PNAB, 2012, p. 20).

Para o campo da antropologia, entende-se por cultura “o conceito que diz respeito a toda a construção humana resultante da acumulação de valores e práticas que se manifestam na totalidade de padrões aprendidos e desenvolvidos pelo ser humano.” (AMARANTE; COSTA, 2012, p. 10). A cultura é a junção de conhecimentos, crenças, arte, costumes, hábitos, criadas e

desenvolvidas pelo homem, como forma de expressar sua realidade e o meio em que vive. Sendo assim, reconhece-se que “a diversidade humana e cultural é a responsável pela maior riqueza que caracteriza a humanidade.” (AMARANTE; COSTA, 2012. p. 11). Entretanto,

O reconhecimento da diversidade de indivíduos e dos grupos sociais vem desafiando as políticas sociais que, particularmente na saúde, se apresentam sob a forma de demandas por novas relações entre os segmentos sociais, por novas políticas e por mudanças nos serviços de atenção e cuidado. (AMARANTE; COSTA, 2012, p. 10).

A saúde é compreendida como um direito social, mas como um direito inclusivo ampliado não somente ao acesso aos cuidados médicos apropriados, mas com a preocupação em compreender as diferenças, as necessidades e as particularidades das pessoas. Assim, é importante citar, que para contribuir para um modelo de atenção à saúde com bases democráticas e inclusivas, que seja considerado tanto o patrimônio técnico e cultural da equipe profissional bem como o patrimônio cultural do usuário, e para isso, é necessário trabalhar na saúde a referência a cultura, buscando uma síntese entre o saber técnico, que valoriza a sobrevivência, com o interesse e o desejo das pessoas atendidas (CAMPOS, 2002). Assim, interpreta-se que

As concepções que nós temos sobre saúde são sempre um traço cultural, e a saúde está ligada nessas duas perspectivas. A medicina e saúde pública, nós pensamos saúde muito na perspectiva da sobrevivência, anos de vida ganhos, defender a vida. Mas, do ponto de vista cultural, a vida é também ligada ao prazer, ou seja, a vida é também ligada à intensidade da vida, é também ligada à qualidade de vida. (CAMPOS, 2002, p. 109).

As práticas ligadas à saúde são, sempre, aspectos culturais de uma sociedade porque atravessam o fazer humano. A relação entre cultura e saúde constitui um campo amplo, diversificado que pode ter múltiplas ressonâncias. A saúde é, além de um direito dos cidadãos, um bem cultural de suma importância, que merece, portanto, ser desfrutado por todos. Tais ações implicam, por um lado, numa disseminação de saberes e práticas em todos os estratos da sociedade, e, por outro, na criação, por meio do lúdico e do simbólico, das condições para um mundo com mais qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Sabe-se que o acesso aos serviços públicos de saúde é um direito de todos e isso está associado a um conjunto de direitos, chamados de direitos sociais, que tem como objetivo o valor da igualdade entre as pessoas. Desse modo, conforme o artigo 5º da Constituição Federal (CF), todos são iguais perante a lei, desta forma, “os imigrantes não podem ter seus direitos preteridos. No entanto, é importante salientar que muitas vezes, é preciso que haja tratamento

diferente, para que seja possível alcançar a igualdade e dar a todos as mesmas oportunidades.” (SILVA; LIMA, 2017, p. 386).

Silva e Lima (2017) trazem o direito à igualdade como um direito que ultrapassa os limites do regime jurídico, pois é impossível pensar na comunidade imigrante sem considerar as demandas sociais e culturais em que essa população está inserida, pois, para alcançar a igualdade seria imprescindível uma reestruturação social e econômica, na qual é importante derrubar os obstáculos ideológicos que segregam o estrangeiro do nacional, pois a partir da mudança do pensamento social é que se poderá pensar em mudança normativa. Para os autores supracitados, igual consideração é dar aos indivíduos tratamentos diferentes de modo que esse tratamento diferente possa dar a cada um as mesmas oportunidades.

É imprescindível iniciar o presente tópico com a definição de igualdade que predomina na doutrina, na qual assevera que se deve tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais na medida em que se desiguam. Isso se deve ao fato de que, tratar igualmente os desiguais ou desigualmente os iguais não estaria se atingindo uma igualdade real. Dessa forma, deve se levar em consideração que os imigrantes são desiguais, mesmo que temporariamente, e por isso, devem ser tratados de forma desigual para que sejam preservados os direitos inerentes a toda pessoa. (SILVA; LIMA, 2017, p. 388).

A vulnerabilidade que marca a condição social dos imigrantes, também faz com que elas sejam afetadas de forma desproporcional, para isso há necessidade de uma política pública de saúde que atenda as especificidades dos imigrantes. De acordo com o Protocolo de Assistência a Migrantes em Situação de Vulnerabilidade (2018, p. 16) da Organização Internacional para as Migrações (OIM) a definição do imigrante em situação de vulnerabilidade social é,

o migrante ou grupo de migrantes com a capacidade limitada de evitar, resistir, lidar ou recuperar-se do risco potencial ou da situação de violência, exploração e abuso a que são expostos ou que vivenciam no contexto migratório. Essa capacidade reduzida é o resultado da interação de fatores individuais, familiares, comunitários e estruturais.

Cabe destacar que ‘a vulnerabilidade não se refere à pessoa do migrante, mas a situação em que ela se encontra no ato migratório.’ (LUSSI; MARINUCI, 2018, p. 2). Sendo assim, de acordo com os autores mencionados anteriormente, em vez de falar em “vulnerabilidade dos migrantes” é mais correto falar “migrantes em situação de vulnerabilidade”, lembrando que a vulnerabilidade não é uma característica inerente à pessoa migrante, mas à situação em que ela se encontra.

De acordo com o Protocolo supracitado (2018) o que intensifica a vulnerabilidade dessa população é o fato de que muitas vezes os imigrantes são menos assistidos e beneficiados pelos serviços de proteção. Assim, entende-se que conhecendo “um modelo de vulnerabilidade

permite que todos os migrantes, independente da condição migratória, recebam a proteção e assistência adequada.” (OIM, 2018, p. 17). Dentro dessa perspectiva o Protocolo apresenta alguns fatores que contribuem para agravar a vulnerabilidade de um migrante, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 3 - Determinantes de imigrantes em situação de vulnerabilidade

Fatores	Característica	Exemplo	Assistência
Fatores individuais	Fatores relacionados ao indivíduo, como características físicas e biológicas, histórico e experiências passadas, crenças, atitudes, características emocionais, psicológicas e cognitivas, saúde física e mental, status.	Idade, sexo, raça ou identidade étnica, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência física ou mental.	Acesso aos serviços de Assistência Social: CRAS/CRES; Acesso a atendimentos de Saúde Mental: Psicólogo, Psiquiatra, dentre outros; Acesso aos serviços de saúde: Atendimento médico, Psicossocial, dentre outros.
Fatores familiares ou domiciliares	Fatores relacionados às circunstâncias familiares ou domiciliares do indivíduo e seus parentes, como o papel do indivíduo na família, bem como o histórico e as experiências familiares.	Número de membros da família, estrutura familiar, condição socioeconômica, histórico de abusos e violência, empregabilidade, nível de escolaridade.	Acesso aos serviços de Assistência Social: CRAS/CRES; Acesso aos serviços de saúde: Atendimento médico, Psicossocial, dentre outros. Acesso à Educação: Ensino Fundamental, Ensino médio, Cursos profissionalizantes, Educação superior, dentre outros. Acesso ao mercado de trabalho: Oficina de construção de currículo para migrantes, cursos de idioma, dentre outros.
Fatores comunitários	Fatores econômicos, culturais e sociais ligados à comunidade física e social onde o indivíduo e a família estão inseridos. Esses fatores podem ser afetados pela posição que essa família ocupa em relação aos demais.	Oportunidade educacional, acesso a serviços sociais e de saúde, oportunidades de geração de renda, normas e comportamentos sociais.	Acesso aos serviços de Assistência Social: CRAS/CRES.

Fatores estruturais	Fatores relacionados às condições e instituições históricas, geográficas, policiais, econômicas, sociais e culturais mais amplas.	Colonização do país, sistema político, políticas migratórias, respeito aos direitos humanos e à lei.	Construção de Políticas Públicas específicas para a comunidade migrante.
Fatores circunstanciais	Fatores relacionados a mudanças rápidas e/ou inesperadas que aumentam ou diminuem a exposição à violência, exploração ou abuso.	Mudanças na lei migratória, desastres naturais ou o início de um conflito.	Construção de Políticas Públicas específicas para a comunidade migrante; Sistemas de acolhimento para receber os migrantes em território nacional: ONGs, Associações, Instituições, dentre outros.

Fonte: Adaptação da autora, 2021, com base no Protocolo de Assistência a Migrantes em Situação de Vulnerabilidade (2018) da Organização Internacional para as Migrações (OIM).

Como mostra o quadro acima, são diversas as situações de vulnerabilidade que os imigrantes se encontram durante o processo migratório quanto na estadia no país receptor. Por conta disso, reconhece-se a importância da participação do Estado na implementação de Políticas Públicas e serviços de proteção social para essa população em situação de vulnerabilidade. Para algumas demandas de fatores individuais, familiares e comunitários apresentados no quadro, existem serviços públicos de saúde e de assistência social, assim como projetos que trabalham para minimizar essas situações de vulnerabilidade para os imigrantes. A Política Nacional de Assistência Social, está identificada como a política de porta de entrada para acessar outras políticas sociais pelos imigrantes, atuam de maneira integrativa para essa população, para que os mesmos possam se estabelecer de maneira digna e humana em território nacional.

Entretanto, alguns dos fatores citados no quadro, como os fatores estruturais e circunstanciais, ainda apresentam fragilidades no combate à desigualdade e vulnerabilidade dos imigrantes. Alguns avanços legislativos como a nova Lei da Migração, e a participação de instituições, ONGs e associações de imigrantes, contribuem e muito para a integração dos imigrantes na comunidade brasileira, porém, ainda assim, necessita-se de uma maior participação de intervenção positiva por parte do Estado em nível nacional, pois somente assim, pode-se afirmar a garantia de acesso pelos imigrantes, oferecendo trabalho, estudo e moradia como um direito e não como caridade.

Para Lussi e Marinuci (2018, p. 3) “todo estrangeiro enquanto residente numa terra em que não nasceu, vive uma situação de dupla solidão: pelo afastamento da cultura de origem e pelo afastamento de pessoas com as quais socializar, compartilhar essa cultura.” Isso intensifica

a situação de vulnerabilidade referente à integração e socialização do imigrante no país receptor, que de acordo com Lussi e Marinuci (2018) isso já é um espaço de vulnerabilidade, em relação à integridade psicofísica da pessoa em mobilidade.

Segundo Lussi e Marinuci (2018, p. 3) existem vulnerabilidades que são de alguma maneira as causas ou até a causa principal da imigração, “sejam elas referente a situações econômicas ou psicossociais, atuais ou remotas, urgentes ou contextos que se prolongam no tempo.”

Existem vulnerabilidades que pertencem ao lugar e às relações do lugar de chegada, contra as quais raramente uma pessoa ou família migrante sabe proteger-se, pelo fato de não conhecê-la ou de subestimá-la precedentemente, até mesmo por necessidades, muitas vezes, optar igualmente por aquele determinado espaço, não podendo dispor de alternativa. (LUSSI; MARINUCI, 2018, p. 3).

Além disso, a situação de vulnerabilidade que se encontram os imigrantes, “sobretudo daqueles que residem de forma irregular, está no fato de viver num contexto que não reconhece, de forma plena, seus direitos fundamentais.” (LUSSI; MARINUCI, 2018, p. 4). Desse modo, mais uma vez reforça-se a extrema necessidade de políticas públicas para esses sujeitos, de modo que essas políticas possam minimizar as situações de vulnerabilidade dessas pessoas, respeitando o seu direito de migrar e a sua dignidade humana.

Por todo o exposto, pode-se verificar a importância de dar igualdade a todos, protegendo-se efetivamente os vulneráveis. Resguardar os vulneráveis é também uma maneira de proteger os direitos da personalidade das pessoas. Tudo está interligado e, sobretudo, não se pode esquecer que é dever de todos lutar pela dignidade do ser humano. (SILVA; LIMA, 2017, p. 391).

Para isso, no Brasil existe a Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde (PNPES), esta que é formada por um conjunto de programas e ações governamentais de saúde, pensados para promover o respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. O princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde. Para isso, cabe a APS, como porta de entrada do SUS, ser espaço de fomento à implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção de equidade em saúde, acolhendo e articulando as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Atualmente, no Brasil, os imigrantes e refugiados não estão inclusos na PNPES²², sendo a População Negra, a População do Campo, a População LGBT, a População em Situação de Rua e a População Cigana alguns dos grupos incluídos na Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde. Diante desse contexto, é importante problematizar a relevância da equidade na condução dos atendimentos a imigrantes nas políticas públicas de saúde e em outras políticas sociais, e assim, por mais que a nova Lei da Migração reforce o direito de acesso a políticas públicas pelos imigrantes, encontra-se algumas fragilidades, pois,

o problema consiste no fato de que a Lei não prevê a necessidade de ações específicas, no interior das referidas áreas, que contemplem as particularidades dos imigrantes, com vistas a atenuar as barreiras que se erguem diante do acesso e da utilização dos serviços, uma vez que os considera detentores das mesmas condições culturais para o acesso que os nacionais. (FAQUIN, et al., 2018, p. 4).

Admite-se que é mais do que necessário os imigrantes estarem inclusos na PNPES, de modo que essa inclusão facilite a integração e o acesso dos imigrantes aos serviços públicos de saúde e demais políticas públicas, pois, entende-se que “a noção de equidade no interior das políticas sociais brasileira, no que tange aos imigrantes se apresenta enquanto contribuição para dar visibilidade às suas demandas e provocar políticas sociais públicas a repensarem estratégias de intervenção que dialoguem com estas.” (FAQUIN, et al., 2018, p. 7). Desse modo, a equidade em saúde, se coloca como uma importante ferramenta na identificação de demandas e necessidades em saúde da população imigrante, ao mesmo tempo em que oferece alternativas de intervenção para essas demandas.

Assim, não compreendemos a equidade enquanto somente igualdade de oportunidades, mas que ações em todos os níveis se guiem partindo do perfil da população usuária e de suas necessidades sociais. Concebemos que embora careça de aprofundamento teórico, a compreensão e gestão dos serviços públicos tendo como princípio a equidade é fator de ampliação de acesso, embora neste momento afirmamos que este é o ideal de proteção social que almejamos. (FAQUIN, et al., 2018, p. 7).

22 No mês de maio do ano de 2021 a pesquisadora entrou em contato via e-mail com o coordenador nacional da Garantia da Equidade-COGE/ CGGAP/DESF/SAPS, tendo como objetivo a busca de informações sobre a inclusão dos imigrantes na Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde. Assim, a pesquisadora recebeu a seguinte informação: a população de imigrantes, refugiados e apátridas estão incluídos na Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde-PNPES, onde o mesmo relata que no mês de junho desse mesmo ano seria publicado a nova PNPES, e que os materiais referentes a essa população direcionados aos profissionais de saúde, gestores e usuários estaria em construção. No mês de junho do ano de 2021, a pesquisadora entra em contato novamente com o coordenador nacional da Garantia da Equidade, pois a pesquisadora até aquele momento não tinha encontrado nenhum documento publicado com a inclusão dos imigrantes na Política Nacional, desse modo, a pesquisadora foi informada de que a nova Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde ainda não tinha sido publicado devido ao fato de que faltava a política ser aprovada no Conselho Nacional de Saúde.

Para Sanches e Villaça (2014) não existem protocolos para os atendimentos referentes a questões sociais na saúde, porém, só haverá desenvolvimento da equidade no SUS se as equipes de saúde trabalharem de forma interdisciplinar, focadas nos bons resultados a toda população, tratando de forma diferenciada as diferentes necessidades das pessoas, para ao final do processo de desenvolvimento das ações e serviços de saúde todos os cidadãos brasileiros gozem de boa saúde, contribuindo assim para a igualdade.

Sendo assim, diante dos desafios frente a intensa mobilidade humana e sua relação com o SUS, percebe-se que os determinantes sociais da saúde, sendo elas as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, a qualidade e as condições de vida de cada indivíduo e da comunidade em geral, vão determinar a saúde da população. Assim, para que a população tenha acesso e eficiência em seus serviços oferecidos à população é necessário que as políticas públicas estejam integradas, e suas equipes de saúde devidamente capacitadas e instrumentalizadas para atender toda a sua população, sejam eles nacionais ou estrangeiros.

5. ACESSO E SERVIÇO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LAJEADO/RS: RELATOS DE IMIGRANTES HAITIANOS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Este capítulo apresenta o movimento da pesquisa e o percurso metodológico para atender aos propósitos do estudo. Parte-se do método de abordagem, da coleta de dados e dos procedimentos de análise dos dados. Descreve-se a conjuntura da realização das entrevistas e da característica dos entrevistados. Ainda, trata-se da análise das entrevistas realizadas com profissionais de saúde e imigrantes haitianos em Lajeado/RS. Assim, para verificar como se dá o acesso dos imigrantes aos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde, foram observados os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles: a universalidade, a integralidade e a equidade na condução das ações de saúde para a população de imigrantes na Estratégia de Saúde da Família São José Praia (ESF) e na Unidade Básica de Saúde Moinhos (UBS). Finaliza-se com a problematização da participação popular dos imigrantes nas ações de saúde do SUS.

5.1 Método de abordagem

Essa pesquisa é de caráter qualitativo. Assim, o presente estudo estruturou-se no método de abordagem materialista histórico e dialético, que busca “explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento.” (TRIVIÑOS, 1987, p. 51). De acordo com Pires (1997) este método nos possibilita compreender a relação sujeito-objeto, isto é, compreender como o ser humano se relaciona com as coisas, com a natureza, com a vida. Em razão disso, na perspectiva de investigar como se dá o acesso dos imigrantes aos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde de Lajeado/RS, o materialismo histórico, se apresenta como “possibilidade teórica (instrumento lógico) de interpretação da realidade.” (PIRES, 1997, p. 85). Desse modo, foram selecionadas três categorias centrais do método, sendo eles:

Quadro 4- Categorias centrais de análise do método materialismo histórico e dialético selecionados para a pesquisa:

Categoria da historicidade	Categoria da totalidade	Categoria da contradição
Esta categoria está presente nas discussões sobre o acesso aos serviços de saúde pública, abordada a partir da breve contextualização da história do Sistema Único de Saúde. Também, encontra-se na contextualização da formação do Vale do Taquari e Lajeado/RS, e a contextualização da imigração contemporânea na região investigada e no Brasil.	Esta categoria está presente nas discussões do princípio da integralidade na atenção às demandas em saúde dos imigrantes, princípio do SUS que considera a totalidade do sujeito, a partir da sua história de vida, suas condições de saúde e trabalho, assim como as diferenças culturais que acompanham a vida dessas pessoas. Nesta pesquisa, a totalidade também está presente na contextualização da origem e motivações das migrações internacionais atuais.	Esta categoria é claramente evidenciada nas contradições narradas entre trabalhadores e usuários imigrantes da APS sobre a compreensão dos desafios no acesso aos serviços de saúde.

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

A categoria da historicidade “enquanto categoria de análise remete à história, que é produzida e reproduzida pelo homem e, ao mesmo tempo, o produz, estabelecendo continuidade e produzindo avanços.” (AREOSA, 2008, p. 27). O Sistema Único de Saúde ao longo dos seus 31 anos, tem sofrido importantes avanços históricos e sociais. O SUS é uma conquista da sociedade brasileira que busca garantir acesso à saúde para promover melhor qualidade de vida às pessoas. Contudo, no período anterior à Constituição Federal de 1988, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, enquanto milhões de pessoas sofriam sem acesso à saúde, e os que não tinham dinheiro, dependiam da caridade e da filantropia.

A história pode ser compreendida como a experiência das mudanças nas diversas sociedades ao longo dos anos, as ações e comportamentos da sociedade e suas consequências, que para Demo (1980) a definição de historicidade caracteriza-se como a mobilidade constante do vir-a-ser contínuo das transformações sociais. Esta categoria de análise permite-nos compreender o ser humano como um ser social, e historicamente constituído, e por meio desta categoria entende-se o movimento dialético do homem com a realidade social, pois segundo o autor supracitado, é a propriedade de ser histórico que explicita o ser humano como um ser dialético.

Essa compreensão faz com que a categoria da historicidade seja fundamental para explicar o desenvolvimento do homem como ser social e histórico e compreender o objetivo

principal dessa pesquisa, que é verificar como se dá o acesso dos imigrantes aos serviços da APS. Para conhecer a realidade desses sujeitos, é necessário o conhecimento da origem e das motivações da vinda dessa população para o Brasil e para o território investigado, pois a chegada dessas pessoas, ou melhor, a forma como essa população chega no Brasil e na região estudada, gera demandas específicas na saúde, o que interfere na forma como esses sujeitos acessarão os serviços da APS. Desse modo, a relação entre o SUS antes da CF 88 e a atualidade, que após importantes movimentos sociais, como a “Reforma Sanitária,” o acesso à saúde passou a ser universal, para todos e sem qualquer tipo de discriminação, faz-se necessário.

A universalidade como um dos princípios fundamentais do SUS determina que todos os cidadãos em território nacional têm direito no acesso a todos os serviços públicos de saúde. Esse princípio representa uma grande conquista democrática, que transformou a saúde como um direito de todos e dever do Estado, neste sentido, a universalidade “abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população brasileira” (PONTES, et al. 2009, p. 501), inclusive imigrantes residentes no país.

Tendo em vista este princípio, dificuldades no acesso aos serviços de saúde relacionadas a imigração podem interferir na saúde da pessoa imigrante. Diante desse fenômeno, na atualidade, o acesso à saúde passa a ter novos desafios, pois “a dinâmica do atendimento em saúde, somada às dúvidas das equipes de saúde, dificultam o atendimento à pessoa imigrante. As ações em políticas públicas de saúde não demonstram preparo efetivo para atender à demanda intercultural” (SANTOS; MEDEIROS, 2017, p. 9), e, quando não observada as questões culturais no âmbito do SUS como um direito, coloca-se em choque o princípio da universalidade, expressa em normativas jurídicas e, conseqüentemente, afetam os direitos humanos.

Traçar o caminho metodológico por meio da categoria da historicidade não é produzir uma simples revisão da literatura, mas é conhecer como se deram os fatos, as relações políticas, sociais e culturais. Pesquisar sobre o acesso dos imigrantes na Atenção Primária em Saúde requer compreender o processo histórico do Sistema Único de Saúde, sua origem, as políticas públicas, as leis e os movimentos sociais, que mediaram transformações na forma de organizar e oferecer saúde à população, considerando todos os sujeitos, brasileiros e estrangeiros.

Além dessas questões, ao longo da história do SUS é possível observar significativos avanços do modelo de atenção à saúde, sua organização que era centralizada, de responsabilidade federal e sem a participação popular, onde a assistência à saúde era centrada

no modelo médico-hospitalar, e a saúde era compreendida exclusivamente como ausência de doenças. Após este cenário, a saúde passou a ser organizada de forma descentralizada, municipalizada e participativa. Hoje a assistência à saúde busca promover a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação de seus usuários, além disso, a saúde é compreendida como qualidade de vida, considerando o sujeito como um todo.

A partir disso, a categoria da totalidade que, é o fio condutor para pensar os fenômenos sociais de forma ampla e que expressa a realidade, é “um instrumento de interpretação da realidade, buscando uma visão do indivíduo que está inserido na sociedade, como um todo que não pode ser desmembrado apenas como uma parte.” (AREOSA, 2008, p. 27). Para Areosa (2008), através da totalidade, compreende-se as partes do todo e o todo, encontrando a explicação do particular e do geral. Neste sentido, no âmbito do SUS, o princípio da integralidade busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o usuário em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural.

Para Leontiev (1978), o ser humano se torna humano, por meio da totalidade de suas relações sociais, numa dinâmica processual e histórica. Deste modo, pode-se dizer que a vida social, os conhecimentos, a cultura e toda a experiência acumulada estimula o desenvolvimento da consciência e do comportamento das pessoas. No SUS, através dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) a totalidade do usuário é compreendida a partir de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, fatores estes que influenciam na ocorrência de problemas de saúde da população.

Teles (2018) relata que a categoria da totalidade não é o estudo de tudo o que é real, não é o exercício de esgotar todas as determinações, em seus mínimos detalhes. Para o autor supracitado, a totalidade marxista é, sem dúvida, “a expressão que os fenômenos sociais, bem como seus desdobramentos estão essencialmente relacionados uns aos outros, e, que, portanto, não é possível pensar algum fenômeno ou determinação desse fenômeno de forma isolada.” (2018, p. 70).

Dessa forma, buscou-se focalizar a questão da categoria da totalidade para contribuir na análise tanto teórica quanto concreta das condições sociais, econômicas e culturais dos imigrantes, o que tem-se apresentado como importantes fatores nas condições de saúde desses sujeitos, o que foi possível identificar nos relatos das entrevistas por parte dos profissionais de saúde, onde as demandas e os problemas de saúde dos imigrantes foram na sua grande maioria, relacionadas às condições precárias de trabalho, questões culturais, como a religiosidade e o

cuidado com a alimentação das crianças, assim como, as condições de acesso à saúde desde o seu país de origem.

Além das questões de saúde dos imigrantes, essa pesquisa buscou contextualizar as razões e características dos processos migratórios atuais. O principal motivo que leva os imigrantes a se deslocarem por diversas regiões do mundo, é a busca por melhor qualidade de vida, melhores condições econômicas, sociais e de saúde. Assim, a intensa mobilidade humana, e o seu novo perfil explica os desafios e complexidades para os serviços de saúde pesquisados.

Sendo assim, para finalizar, a categoria da contradição, permite-nos identificar tensões nas diferentes visões sobre os desafios no acesso e nos atendimentos do SUS, entre os imigrantes usuários dos serviços e as equipes de saúde, trabalhadores da APS. “O pensamento dialético implica na aceitação da ideia de poder haver uma interação recíproca entre as contradições, e as metáforas fundamentais do paradigma dialético são a mudança e a contradição.” (AREOSA, 2008, p. 27).

A categoria da contradição é expressa por fenômenos que a constitui formando uma teia de relações contraditórias, que de acordo com Kosik (1995) a categoria da contradição são conexões íntimas existentes entre realidades diferentes, que criam unidades contraditórias. A realidade de vida dos sujeitos difere formas de pensar, enxergar, interpretar, e conseqüentemente de viver a realidade. O impacto sobre qualquer situação vai depender do significado subjetivo do indivíduo, portanto, a mesma situação pode ser vivida pelas mesmas pessoas, contudo, essa situação poderá ser percebida de diferentes formas, por diferentes pessoas.

Para Evaldt (2010) “utilizamos em nossa realidade cotidiana uma linguagem predominante intimamente ligada ao nosso dia a dia. É a partir dela que tentamos entender as outras realidades.” (p.15). Isso significa que muitas vezes tenta-se compreender a realidade distante de outrem através de uma realidade subjetiva, assim, gerando tensões entre as diferentes realidades. A partir desse fato, entende-se a categoria da contradição de acordo com Triviños (1987) que relata que os opostos estão em interação permanente, constituindo a luta dos contrários, desta forma, tornando-se a mola propulsora da transformação dos fenômenos.

Desse modo, através da realização dessa pesquisa, foi possível observar algumas contradições nos relatos dos entrevistados, quando estes foram questionados sobre os desafios e complexidades no acesso aos serviços da APS. Enquanto todos os profissionais de saúde relataram a barreira linguística como principal fator dificultador de acesso, os imigrantes entrevistados não entendem o idioma como um desafio. Destes, apenas um dos imigrantes

entrevistados acredita que no início, o idioma é um problema para todos os imigrantes, ainda assim, para o momento das entrevistas, o idioma como fator dificultador de acesso não foi questionado pelos imigrantes como um problema.

Diante disso, por meio desta pesquisa, a partir do método materialismo histórico e dialético, foi possível desvendar os processos de trabalho dos profissionais de saúde e os equipamentos de saúde do município de Lajeado/RS, dentro dos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde, considerando também as percepções dos imigrantes como usuários do Sistema Único de Saúde.

5.2 Sobre a realização das entrevistas e a característica dos sujeitos da pesquisa

Este estudo foi realizado em três serviços públicos de saúde, no município de Lajeado/RS. Para seleção das unidades, optou-se buscar aquelas com maior número de imigrantes usuários e que, no momento da coleta de dados, apresentassem equipe de Atenção Básica (AB) completa, compreendidas como: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Estas categorias profissionais foram escolhidas pelo fato de que, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece por meio da Portaria nº 18, de 7 de janeiro de 2019, que a equipe mínima de Atenção Básica deve ser composta por médicos (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Assim, considerando que a pesquisa se passa na Atenção Primária em Saúde, a seleção dos profissionais participantes da pesquisa se deu a partir da lógica das diretrizes da PNAB.

No intuito de apreender realidades culturais nos serviços da Atenção Primária em Saúde, optou-se coletar os dados na unidade de saúde Estratégia de Saúde da Família São José Praia (ESF) e na Unidade Básica de Saúde Moinhos (UBS). Cada um desses dois estabelecimentos de saúde, atendem imigrantes internacionais devido ao número desses sujeitos residentes nos bairros de abrangência desses serviços. No bairro centro, onde localiza-se a ESF São José Praia, moram 629 imigrantes, no bairro Moinhos, onde está fixada a UBS Moinhos, residem 415 imigrantes.

A escolha dos participantes da pesquisa possibilitou uma leitura ampliada do objeto de estudo, extraindo depoimentos de sujeitos que utilizam e trabalham na APS do município. Assim, foram sujeitos deste estudo dois enfermeiros chefes de unidade, dois médicos clínicos, sendo que um deles atualmente atende apenas demandas da Covid-19, dois técnicos de

enfermagem, dois recepcionistas, um de cada unidade. Além destes, participaram quatro imigrantes de nacionalidade haitiana, três da ESF São José Praia e uma da UBS Moinhos, a mesma atua como tradutora dos dois serviços de saúde pesquisados. Participou também a enfermeira que é Coordenadora Regional da Política de Atenção Primária em Saúde da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), que contribuiu para o debate da construção de políticas públicas específicas para os imigrantes em âmbito regional. Desse modo, o total de participantes foi de treze pessoas, compondo assim a representatividade dos profissionais da equipe mínima das unidades de AB, usuários dos serviços da APS e uma representante da Secretaria Estadual de Saúde que atua na CRS.

Através das entrevistas, buscou-se compreender as motivações dos sujeitos envolvidos, suas percepções, expectativas, desafios, suas relações, bem como a interpretação dos entrevistados sobre a conjuntura migratória dentro do Sistema Único de Saúde da sua cidade. Isto permitiu que fossem feitas abstrações da realidade em movimento, tanto na escala da ação dos sujeitos ou do coletivo, quanto do contexto político, social, cultural e histórico do território. Para a composição dos usuários, a abordagem aos sujeitos ocorreu de forma equitativa entre as unidades de saúde, até que fosse observada a reincidência e complementaridade das informações. Todos os participantes são maiores de 18 anos.

A entrevista com os profissionais da saúde trouxeram elementos sobre as relações institucionais onde se obteve informações mais relevantes para a construção deste trabalho. Certos elementos, especialmente referentes à conjuntura migratória do território, foram muito bem relatados por parte desses trabalhadores.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, a partir de um roteiro semiestruturado distinto para cada grupo de sujeitos da pesquisa, que foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise. Os roteiros de entrevista continha, inicialmente, perguntas de identificação do entrevistado, e posteriormente, questões específicas sobre o acesso aos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde, relativas às dificuldades e desafios, perspectivas e estratégias de intervenção diante a diversidade cultural manifestada nos atendimentos do Sistema Único de Saúde da APS na região.

As entrevistas ocorreram no mês de novembro de 2021 e foram realizadas nas próprias unidades de saúde, mediante agendamento prévio, à exceção de três imigrantes, onde a pesquisadora realizou o convite a esses sujeitos enquanto os mesmos aguardavam atendimento na sala de espera da unidade de saúde. Em seguida, os entrevistados foram conduzidos para uma sala reservada, onde a coleta de dados foi aplicada. Dos quatro imigrantes haitianos

entrevistados, três são homens e uma é mulher, todos residem há mais de dois anos no Brasil. Desses haitianos, três deles trabalham em frigoríficos no município, na companhia de alimentos Minuano e na BRF - Brasil Foods, dois importantes frigoríficos de Lajeado/RS.

Os imigrantes entrevistados, relataram compreender bem o idioma brasileiro, assim como falar bem o português. Contudo, dentre os quatro participantes, foi possível identificar que apenas um possui uma excelente compreensão e domínio da língua portuguesa, enquanto os demais apresentaram dificuldades na compreensão das perguntas durante a entrevista, assim como, dificuldades na pronúncia. A participação de dois dos quatro imigrantes na pesquisa, ocorreu de forma muito tímida, com poucas palavras, com uma postura cabisbaixa e de tom de voz baixo. Acredita-se que a conduta destes sujeitos durante a realização da entrevista, possa estar relacionada com a dificuldade de compreender e falar o idioma brasileiro ou até mesmo um possível constrangimento em relatar algum problema nos atendimentos. Os imigrantes foram identificados por nomes de origem haitiana escolhidos pela autora, como forma de humanizar a participação destes na pesquisa.

Quadro 5 - Perfil dos haitianos entrevistados

Imigrante	Característica	Domínio da língua portuguesa
Adofo (ESF São José Praia)	Bem comunicativo; Fala bastante e bem alto; Olha nos olhos; Casado com uma brasileira; Trabalhador da BRF - Brasil Food.	Fala bem e compreende bem o idioma brasileiro, contudo, a autora precisou que o participante repetisse algumas palavras em determinados momentos, devido à dificuldade de compreensão da mesma. Cabe destacar , que a dificuldade de compreender a fala foi apenas da pesquisadora, pois em nenhum momento o participante solicitou explicação ou que as perguntas da entrevista fossem repetidas.
Tradutora haitiana (UBS Moinhos e ESF São José Praia)	Bem comunicativa; Suas respostas são claras; Reside no Brasil desde criança; É trabalhadora terceirizada da prefeitura municipal de Lajeado/RS, presta serviços administrativos e de tradução para a população haitiana usuária dos serviços da APS pesquisados.	Fala e compreende perfeitamente bem o idioma brasileiro. Não teve dificuldades nenhuma em compreender as perguntas da pesquisadora.
Akin (ESF São José Praia)	Tímido e não olha nos olhos; Fala muito pouco e em tom baixo; Suas respostas são curtas; É trabalhador da companhia de alimentos Minuano; Divide a casa com dois amigos haitianos; Venho do Chile para Lajeado/RS.	Não fala e nem compreende o idioma brasileiro muito bem; Solicitou explicação, e que as perguntas das entrevistas fossem repetidas diversas vezes; A autora também precisou que

		algumas palavras fossem repetidas pelo participante.
Dolapo (ESF São José Praia)	<p>Fala pouco; Suas respostas são curtas; É trabalhador da companhia de alimentos Minuano; Reside com a esposa haitiana que chegou há 1 ano no Brasil e que até a data da entrevista estava desempregada;</p> <p>OBS: A esposa estava presente na hora da entrevista, porém, o participante verbalizou que apenas ele participaria da entrevista, a esposa não, pois segundo ele, ela ainda não falava e não compreendia absolutamente nada da língua portuguesa. Na hora que a pesquisadora convida o casal para participar da coleta de dados, na sala de espera da unidade, este coloca seu corpo na frente da esposa, ele sempre respondendo por ela. Isso pode se dar pelo fato de que a esposa não fala nada do idioma português, e talvez o marido queria poupá-la de algum constrangimento. Cabe lembrar que a cultura haitiana também é machista, e não se pode desconsiderar essa realidade nessa situação do convite da pesquisadora. “No Haiti percebe-se uma cultura machista, na qual a mulher é submissa à vontade dos maridos, ou companheiros.” (RODRIGUES; BURGEILE, 2020, p. 705).</p>	Não fala e nem compreende o idioma brasileiro muito bem; Solicitou explicação, e que as perguntas das entrevistas fossem repetidas diversas vezes; A autora também precisou que algumas palavras fossem repetidas pelo participante.

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Após as transcrições, os dados foram submetidos à análise de conteúdo, através de leituras sistematizadas, interpretação para a constituição das categorias e discutidos com a literatura. Cabe destacar que, antes da coleta de dados ser realizada, o projeto de pesquisa desta dissertação de mestrado precisou passar por um protocolo de pesquisa no Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) de Lajeado/RS, onde somente após avaliação do NUMESC, e com a confirmação do Secretário Municipal de Saúde do município a pesquisa pode ser conduzida. Além disso, as Entrevistas foram obtidas com consentimento das partes, tendo sido entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa — que encontra-se no Anexo A e B deste trabalho e contém informações de contato da pesquisadora e do Programa de Pós-Graduação ao qual está vinculada. O anonimato dos informantes foi garantido, sendo os trabalhadores da saúde identificados por nomes fictícios escolhidos pela autora.

5.3 Procedimentos de análise dos dados

A fim de analisar os relatos das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo para interpretação correta dos dados coletados, sendo que está “é uma técnica de investigação que

tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.” (BARDIN, 1977, p. 19). Este método busca conhecer o significado das comunicações, explícitas ou ocultas. Para a autora supracitada, a análise de conteúdo deve estar relacionada a um posicionamento de “vigilância crítica” sobre o objeto e suas manifestações, mas em especial para a postura do pesquisador frente a seus dados. Como estratégia epistemológica para uma análise de conteúdo crítica e verdadeira do objeto, utilizou-se a Análise de Conteúdo em três fases, sendo: 1º) Pré-análise; 2º) Exploração do material; e 3º) Interpretação dos dados. (BARDIN, 2004, p. 31).

Quadro 6 - Organização da pesquisa

1ª Fase	Desenvolvimento desta fase	Tipo de material
Pré-análise	Fase da preparação e da escolha dos materiais informativos utilizados nesta pesquisa.	Registros orais, transcritas. Entrevista semiestruturada.

2ª Fase	Desenvolvimento desta fase	O que foi feito?
Exploração do material	Fase de administração da técnica de codificação do material.	Categorização

Categorização
Categorias de análise: Temas
Análise do acesso dos imigrantes aos serviços da APS através dos princípios doutrinários do SUS: Universalidade; Integralidade e Equidade.
Demandas em saúde dos imigrantes e sua relação com questões culturais, religiosas e de condições de trabalho precário.
Ações equitativas no acesso aos serviços da APS aos imigrantes.
Participação popular dos imigrantes.

3ª Fase	Desenvolvimento desta fase	O que foi feito?
Interpretação dos dados	Fase do tratamento das informações do material escolhido para a análise.	A interpretação das categorias e dos resultados da pesquisa foi contextualizada com embasamento teórico.

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

A partir disso, busca-se a transparência e clareza nos procedimentos realizados nesta pesquisa, assim, a pré-análise consiste na apropriação literária sobre a problemática e suas categorias, sobre os fenômenos e suas mediações, e sobre o contexto no qual se inserem, considerando um recorte temporal e territorial da problemática, bem como as possibilidades de realização da pesquisa e elaboração da dissertação. A pré-análise, trata-se de uma fase de organização dos dados com o objetivo de constituir o corpus da pesquisa. “O corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos.” (BARDIN, 1977, p. 96).

A exploração do material, nessa fase, o corpus estabelecido deverá ser estudado mais profundamente, com o objetivo de estabelecer temas, que segundo Bardin, o tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (1977, p. 105). “Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos.” (BARDIN, 1977, p. 101).

A exploração do material, a descrição, serviu para destacar os significados captados nas entrevistas semiestruturadas. Segundo Bardin (2004), esta etapa não está dedicada à interpretação, mas à produção de descrições cada vez mais abrangentes, qualificando o trabalho de pesquisa. De modo geral, a descrição foi determinada pelas categorias centrais de análise, aliados à descrição, está a técnica de gravação e transcrição das entrevistas, realizadas exclusivamente pela pesquisadora.

Por fim, realizou-se a etapa de interpretação dos dados, que consistiu em analisar os resultados significativos e fiéis suficientes para formular interpretações sobre os objetivos previstos nesta pesquisa ou que dialogassem com novas descobertas. As interpretações da pesquisadora expressam a mediação entre o conteúdo descrito e o método científico que orientou a pesquisa, criando conclusões peculiares sobre o objeto de estudo. A análise de conteúdo é uma técnica adequada para este fim, pois propõe uma compreensão aprofundada do tema, produzindo sentidos e significados em suas particularidades, podendo transformar estas informações singulares em novas categorias de análise. (BARDIN, 2004).

Diante disso, cabe destacar que na Preparação das informações realizou-se uma revisão da literatura sobre os temas centrais da dissertação, com destaque para pesquisas atuais e pertinentes. Assim, com o intuito de conduzir a pesquisa com embasamento teórico na literatura atual sobre o tema imigração internacional e saúde pública, foram utilizados materiais como: Artigos de publicações atuais em sites de revistas eletrônicas como a *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*; Revistas do Ministério da Saúde; Livros; Catálogos de Teses e

Dissertações da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e da Universidade do Rio Grande do Sul (UFRGS); dentre outros. Sendo utilizado também, matérias de reportagens de sites de comunicação digital, sendo eles o Grupo A Hora, jornal diário do município de Lajeado/RS e o Grupo Independentes, canal de rádio do município, que conta também com uma página digital de informações.

Os dados quantitativos foram extraídos de plataformas digitais como o Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA); Dados dos relatórios do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra); Houve também acesso a dados fornecidos via contato eletrônico pela Polícia Federal de Santa Cruz do Sul/RS e pelo setor de Recursos Humanos da companhia de alimentos Minuano; e Dados publicados em base de dados oficiais, como IBGE. Estes materiais, dentre outros, foram utilizados para elucidar as argumentações do trabalho e estão devidamente referenciados ao longo do texto.

5.4 O princípio da universalidade no acesso aos serviços públicos de saúde pelos imigrantes

A universalidade dentro do SUS significa que todas as pessoas em território nacional, sejam eles brasileiros ou estrangeiros têm direito ao acesso em todos os serviços públicos de saúde e em todos os níveis de atenção à saúde. Neste sentido, a universalidade apresenta-se não apenas como o direito à saúde garantido mediante políticas públicas, mas ao direito de igualdade de acesso, sem distinção de raça, religião, nacionalidade ou qualquer outro tipo de discriminação.

Em todo o país, os serviços do SUS devem realizar suas ações de saúde a partir da mesma doutrina e da mesma forma de organização: a descentralização, a regionalização e a hierarquização. A descentralização corresponde à distribuição das responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Ou seja, a desconcentração do poder da União para os estados e municípios, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. A regionalização refere-se ao fato de que os serviços devem estar organizados em uma área geográfica delimitada, facilitando o acesso. Por fim, a hierarquização procede a divisão de níveis de atenção em saúde, garantindo o acesso de acordo com a complexidade das necessidades em saúde da população.

Posto isso, entende-se que a garantia do acesso à saúde somente pode ser conquistada quando a rede que compõe o SUS for ampla e abrangente, tanto em suas ações, quanto na organização e funcionamento de seus serviços. Somente a partir disso, a Atenção Primária em

Saúde (APS) será capaz de oferecer condições de acessibilidade à população, assim, a territorialização apresenta-se como uma política fundamental para dar consequência aos princípios do SUS no Brasil. (FARIA, 2020).

Para que os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde sejam executados na prática, segundo o Ministério da Saúde (2020) a APS é desenvolvida por equipes de Saúde da Família (eSF). Estas equipes realizam a atenção de uma população específica que está em um território definido. Assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas, e trabalham considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Assim, as UBSs e as ESFs são o local prioritário de atuação dessas equipes. Desse modo desenvolve-se uma Atenção Básica à Saúde com alto grau de descentralização e profunda capilaridade no território nacional, o que deixa sempre mais próximo ao cotidiano das pessoas.

Nesta perspectiva, dentro do SUS a territorialização consiste na organização dos serviços de acordo com o perfil de um território específico, que para Santos (1994) o território consiste em lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Dele faz parte ambientes construídos e ambientes naturais. Sendo sobretudo, um espaço de relações de poder, de informações e de trocas. No âmbito da saúde, "a localização dos serviços no território deve obedecer aos princípios fundamentais da resolutividade." (FARIA, 2020, p. 4522).

A atenção básica (AB) é o único nível da atenção que estará presente em todo o território nacional e através dela, das pactuações intermunicipais e dos sistemas regionais, as pessoas poderão acessar os demais níveis do cuidado, assim designados secundário e terciário. Portanto, todo o projeto territorial do SUS depende da constituição de uma base que deve funcionar como porta de entrada e centro de comando do sistema. (FARIA, 2020, p. 4522).

A Atenção Básica (AB) que caracteriza-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, cumpre o papel estratégico nas redes²³ de atenção, e para isso, existe uma comunicação entre as ESFs/UBSs (APS), centrais de regulação (diferentes sistemas que monitoram a disponibilidade de vagas para serviços especializados) e serviços de saúde especializados (demais níveis de atenção à saúde). Entre essa comunicação, acontecem encaminhamentos para os demais serviços dos níveis de atenção à saúde, atenção secundária e atenção terciária.

23 De acordo com o Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpras>> Acesso em: 10 Marc. 2022.

Quando houver necessidades clínicas de atendimentos especializados, os serviços da APS através dos Protocolos²⁴ de Encaminhamentos da Atenção Básica para a Atenção Especializada, realizam o encaminhamento de seus usuários. Sendo assim, na Atenção Primária em Saúde de Lajeado/RS, contempla-se a universalidade de acesso aos outros níveis de atenção à saúde, como relatado pela trabalhadora da ESF São José Praia, quando imigrantes que apresentam necessidades em saúde com maior gravidade, ou seja, quando os mesmos apresentam questões de saúde que ultrapassam as demandas da APS, estes são encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA - Atenção Secundária) e Hospital (Bruno Born - Atenção Terciária).

Eles chegam aqui, a hora que eles precisam são atendidos. Eles vão para o acolhimento, eles vão para a consulta, a gente nunca manda eles direto para a UPA, entendeu? Porque eles também sabem, que se eles chegam aqui eles são atendidos. Então eles vêm, e quando é alguma coisa mais urgente eles são encaminhados imediatamente para a UPA ou para o hospital, sabe? todos os probleminhas de saúde deles são solucionados. A gente nunca deixa um paciente sair sem dar uma palavra, sem dar um encaminhamento, para onde ele tem que ir. Se ele tem uma dúvida, a gente está sempre pronto, todos os colegas, entendeu? (Rosa APS /ESF São José Praia).

Na Atenção Primária em Saúde a territorialização é um processo de vivenciar e analisar as informações sobre as condições de vida e de saúde da população, com o intuito de subsidiar o planejamento das ações de saúde para um determinado território de abrangência dos serviços da APS. Este processo equivale ao levantamento de informações sobre problemas e necessidades de saúde dos usuários, indicando suas relações, identificando suas vulnerabilidades, a população exposta e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Neste sentido, a territorialização serve como referência para o mapeamento e a localização das características de saúde da população.

Dada a heterogeneidade das populações imigrantes, a sua importância demográfica e a evidência das necessidades em saúde nestas comunidades, a gestão da saúde e promoção do bem-estar destas comunidades tem implicado que os sistemas de saúde respondam adequadamente aos diversos desafios que o fenômeno migratório coloca, nomeadamente no que se refere à disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços prestados. (DIAS, et al. 2018, p. 32).

Os serviços da rede de APS de Lajeado/RS, seguem essa mesma lógica de territorialização no SUS. Esse modelo de organização facilita um diagnóstico de saúde da

24 O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB) e do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), disponibilizaram diversos protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada com diferentes temas. Essas publicações tem por objetivo orientar as equipes que atuam na Atenção Básica, qualificando o processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados.

população de abrangência das ESFs e das UBSs no município. A repartição do território em áreas político-administrativas de ação em saúde, auxiliam os serviços da Atenção Básica (AB) na compreensão da dinâmica interna dos territórios, monitorando como a vida naquele lugar acontece, como os processos sociais cotidianos se desenvolvem, e quem são as pessoas que moram nesse espaço.

Dos 19 serviços da APS do município, sendo 16 Estratégias de Saúde da Família e três Unidades Básicas de Saúde, são dois os que atendem o maior número de imigrantes na região, isso se deve à sua localização perto de duas indústrias frigoríficas, o principal local de trabalho de imigrantes haitianos. Braun (2020), afirma que os haitianos se concentram principalmente nas cidades onde há plantas frigoríficas, pois nesses espaços essa população têm a possibilidade de acesso ao mercado de trabalho formal. E essa nacionalidade, representa a maioria dos imigrantes que trabalham neste setor.

Dos quatro haitianos participantes desta pesquisa, três deles trabalham em dois importantes frigoríficos de Lajeado/RS, a companhia de alimentos Minuano e a BRF-Brasil Foods. A localização desses dois frigoríficos situa-se nos bairros das duas unidades de saúde pesquisadas. A ESF São José Praia está localizada no bairro centro, onde localiza-se uma das sedes da BRF-Brasil Foods, enquanto no bairro Moinhos, onde encontra-se a UBS Moinhos, está fixado o setor de aviário Minuano e outra sede da BRF-Brasil Foods. Essa característica do território foi relatada pelos profissionais da UBS Moinhos, quando questionados sobre como eles percebem a presença de imigrantes na região.

Na unidade é bem grande, por comportar as duas maiores empresas que contratam mão de obra aqui no município, a BRF e a Minuano. Devido a isso eles moram perto, por causa, eles não têm carro, né? Então esse é o posto de saúde de referência dessas localidades. Tem bastante imigrantes aqui. (João APS /UBS Moinhos).

Eu acho que no nosso bairro houve um aumento muito grande de imigrantes, principalmente porque no nosso bairro nós temos as duas maiores empresas, que é a “Perdigão”, a “BRF”, né, e a “Minuano”. Então é o frigorífico que mais absorveu esses profissionais, então para eles ficarem mais perto de casa, eles vêm fixar residência aqui. (Pedro APS /UBS Moinhos).

Na lista de ranking ²⁵das 50 maiores empresas de carne em Lajeado/RS, a Minuano é a 1^a colocada, seguida da BRF na posição de 4^a lugar. A companhia²⁶ de alimentos Minuano, fundada em 1946, atualmente é uma operação verticalizada na integração avícola, possuindo desde uma granja matriz até a produção e abate de aves. O parque fabril é composto por

25 Informações do site econodata. Disponível em: <<https://www.econodata.com.br/guia-empresas/maiores-empresas-industria-alimentos-carne/rio-grande-do-sul/lajeado>> Acesso em: 09 mar. 2022.

26 Essas informações podem ser acessadas no portal da companhia de alimentos minuano. Disponível em: <<http://portal.minuano.com.br/>> acesso em: 04 mar. 2022.

Matadouro Frigorífico, Fábrica de Linguiças, Incubadora, Fazendas Matrizes, Fábrica da Razão e Centro Administrativo. Esta empresa possui ²⁷o total de 467 trabalhadores estrangeiros, destes, 438 são haitianos.

A BRF ²⁸- Brasil Foods, espalhada por 117 países, foi criada na década de 1930 no interior de Santa Catarina. A indústria possui cadeia produtiva de aves e suínos, com incubatórios, produção de ovos, abate, processamento, dentre outros. Sendo assim, segue abaixo a relação dos bairros que concentram no mínimo dez imigrantes no município:

Tabela 3 – Relação dos bairros de Lajeado/RS com no mínimo dez imigrantes residentes

Bairros	Total de imigrantes
Alto do Parque	16
Americano	31
Campestre	18
Centro	629
Conservas	19
Conventos	11
Floresta	10
Florestal	93
Hidráulica	26
Jardim do Cedro	36
Moinhos	415
Moinhos D'água	18
Montanha	55
Santo André	97
Santo Antônio	11
São Cristóvão	20
Universitário	251

Fonte: Polícia Federal de Santa Cruz do Sul. Elaboração da autora, 2022.

²⁷ Os dados foram disponibilizados pelo setor de Recursos Humanos da companhia de alimentos Minuano via contato telefônico.

²⁸ Informações obtidas no portal da BRF-Brasil Foods. Disponível em: <<https://www.brf-global.com/sobre/a-brf/>> Acesso em: 04 Mar. 2022.

Os dados apresentados na tabela acima, leva-nos a questionar como essa população é percebida pelos profissionais de saúde, pois trata-se de uma população diversa e que chega ao Brasil com diferentes origens geográficas, sociais, culturais, entre outros aspectos. Para alguns profissionais da saúde, a presença de imigrantes na região é entendida como um problema, devido aos desafios que eles enfrentam no processo de integração na sociedade. Para outros, a presença dos imigrantes evidenciou uma população local acolhedora, pois entendem que os imigrantes foram bem acolhidos pela comunidade, pelo fato dessa população ser bem “respeitosa” e não causarem “problemas” na comunidade.

É um desafio. Chega a ser um problema, né, porque falta tudo para eles. Eles vêm para trabalhar, né, mas falta tudo para eles. Falta no geral, porque eles vem com problema financeiro, eles, as crianças, né. Claro, depois começa a providenciar tudo, mas, assim, eles não aderem bem a cultura daqui. (Rosa APS /ESF São José Praia).

Eles foram bem acolhidos, tanto que a gente passou ano passado, teve enchente, teve muito onde eles moram, e as pessoas ajudaram, foi muito tranquilo. (Maria APS /ESF São José Praia).

Muito, aqui tem muito. Eu acho que os desafios são essas questões que a gente já falou, mas assim, eles estão bem-adaptados à cultura local, eles são bem respeitosos, não são pessoas que causam problemas. É só essa diferença cultural que gera essas demandas, principalmente na saúde, eu acredito que na educação deles também deva ser bem complicada, mas eu acho que está tudo certo, bem-adaptados. (Amanda APS /ESF São José Praia).

Sobre os fluxos migratórios internacionais no Brasil, há aqueles que se manifestam a favor do acolhimento e proteção de imigrantes e aqueles que entendem essa questão como um problema de segurança nacional e enxergam no imigrante um invasor. A palavra “problema” infelizmente sempre esteve relacionado ao imigrante, porém, para Motta, Alcadipani e Bresler (2001) somente a imigrantes de origem de países pobres, pois no Brasil a tolerância com estrangeiros é seletiva, uma vez que a imigração europeia sempre foi incentivada no país. Já os haitianos são vistos como mão de obra barata.

Para os autores supracitados a estruturação e a formação do Estado no Brasil foram embasadas nos modelos europeus, assim, acentuou-se o estilo de vida europeu no país, e essa é a cultura aceitável, desde então. Durante a realização das entrevistas, a autora percebeu na fala de muitos profissionais a necessidade dos imigrantes se adaptarem à cultura local, e que muitos deles nem se esforçam nesse processo, não buscam conhecer o idioma brasileiro, os costumes do país, como se os imigrantes tivessem que abandonar totalmente as suas origens, vivendo apenas como os brasileiros.

A universalidade do acesso significa também, sobretudo, o acesso sem diferenciações excludentes, o respeito à diversidade e a interculturalidade. A nação brasileira é constituída pela pluralidade cultural e os imigrantes contribuíram para o processo de formação identitária do

Brasil, e isso às vezes parece ter sido esquecido, assim como, parece que o choque cultural atinge apenas os nacionais, esquecendo que este também é um processo difícil para os estrangeiros.

A língua dificulta muito o atendimento. E eu também acho as vezes que eles procuraram não saber, não aprender tanto, tem gente que está anos aqui e não sabe, e isso dificulta para nós, e às vezes eles pedem para que a gente saiba o idioma deles e eles não procuram saber o nosso. (Geresa APS /ESF São José Praia).

Eu me sinto feliz ao atender um imigrante. Eu me sinto feliz porque tu tá ajudando alguém que vem de fora, que tem muitas necessidades e chega num lugar diferente, digo do habitat deles, toda tradição, cultura diferente, então a cultura deles impacta para a gente e a nossa para eles talvez, né. (Rosa APS /São José Praia).

Sabe-se que para a integração do estrangeiro à sociedade brasileira, os imigrantes precisam se adaptar à língua local, sendo que a questão do idioma reflete na socialização no mercado de trabalho e no acesso à saúde. Segundo o núcleo de Telessaúde²⁹ de Santa Catarina (2016) seguindo o princípio constitucional e doutrinário do SUS de universalidade do acesso à saúde, o primeiro ponto a se esclarecer é que toda a população imigrante tem direito a atenção à saúde de maneira humanizada e qualificada. Assim, entende-se que nem o idioma e nem a diferença cultural são empecilhos para um atendimento de qualidade e respeito a essa população.

Além destas questões, entende-se que a universalidade também possibilita o acesso contínuo³⁰ a serviços de saúde com qualidade e resolutivos, onde os serviços da APS possam ser espaços de acolhimento, promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às necessidades de saúde dos sujeitos. Segundo o Guia de Organização para as Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre (GO-APS-POA,2020) a vinculação dos usuários é uma ação permanente e dinâmica. Para Silva (2014, p. 3) “a teoria da vinculação confirma a importância das relações humanas e as suas consequências no desenvolvimento individual.”

A vinculação da pessoa à Unidade viabiliza o dimensionamento adequado da oferta de serviços e o acompanhamento de cada paciente. Cada equipe terá uma lista de pacientes que estão sob sua responsabilidade para ações de promoção e prevenção de saúde, resposta ágil às demandas agudas, otimização do acompanhamento de doenças crônicas, prevenção de internações por condições sensíveis à APS, entre outros. (GO-APS-POA, 2020, p. 5).

Os imigrantes que buscam os serviços da ESF São José Praia e da UBS Moinhos são sempre os mesmos, o que para a pesquisadora o fato desses imigrantes sempre voltarem aos

29 Essa informação pode ser encontrada no site da Biblioteca Virtual em Saúde. BVS APS. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-a-conduta-no-atendimento-de-pacientes-imigrantes-em-situacao-de-vulnerabilidade-social-que-desconhecem-o-idioma-portugues/> Acesso em: 13 Mar. 2022.

30 Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Esta informação está descrita nos Princípios e Diretrizes da Atenção Básica desta portaria. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 15 Mar. 2022.

serviços pode ser entendido como vinculação. Contudo, a vinculação também caracteriza-se a aceitação destes aos tratamentos oferecidos nestes serviços, o que para a tradutora da UBS Moinhos e ESF São José Praia não acontece.

São sempre os mesmos, mas nem sempre eles seguem os tratamentos oferecidos, porque às vezes afirmam entender o que está sendo dito durante as consultas, mas não estão mesmo com a ajuda. (Trabalhador APS /UBS Moinhos).

Eles estão sempre aqui. Tem uns que estão sempre durante a semana, eles estão sempre aqui. O atendimento é bom, eles gostam daqui, né? então eles tratam bem, e eles vêm. Tem vários os que trabalham na BRF, na Minuano, eles estão sempre aqui, os casais que têm os filhos, daí vem para fazer puericultura, pré-natal, e continua. Muitos são conhecidos dos serviços, e tu já sabe o que está passando na vida deles, tu já quer ajudar, quer ver o que está acontecendo, e é assim. (Rosa APS /São José Praia).

Sendo assim, a partir de toda essa problematização, pode-se dizer que o princípio da universalidade de acesso a todos os serviços de saúde de Lajeado/RS e a todos os níveis de atenção em saúde, e que devido à localização da ESF São José Praia e da UBS Moinhos estarem acessíveis aos imigrantes usuários destes serviços, contempla-se então este princípio do SUS na condução das ações de saúde para a população estrangeira na região, pois os mesmos são encaminhados para serviços especializados quando há necessidade, e os serviços da APS estão próximos de suas residências e de seu local de trabalho, facilitando o acesso e a vinculação destes usuários as suas unidades de saúde de referência.

Diante disso, entende-se que para que todo e qualquer ser humano possa usufruir de uma melhor qualidade de vida, é indispensável que este sujeito tenha acesso à saúde. Para Sanchez e Ciconelli (2012) “o acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos.” O princípio da universalidade, bem como os demais princípios, é atravessado pelo que se convencionou chamar de conceito ampliado de saúde, que num contexto migratório internacional significativo em Lajeado/RS, é necessário que os serviços do SUS da região, para qualificar o acesso dessa população aos serviços, entendam que a saúde dos imigrantes é também resultante das condições de habitação, educação, renda, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso a serviços públicos de saúde.

Assim, para que os profissionais da APS passem a enxergar os imigrantes em sua totalidade, a partir da sua história de vida, do seu processo migratório e das suas condições de saúde, os mesmos devem conduzir os atendimentos através do princípio da integralidade na atenção.

5.5 O princípio da integralidade na atenção às demandas em saúde dos imigrantes

A integralidade é o conjunto ³¹de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população escrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestões necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

Sabe-se que a territorialização dos serviços da APS de Lajeado/RS identificou a presença de imigrantes em maior número em dois serviços do município, conseqüentemente essas duas unidades de saúde, a ESF São José Praia e a UBS Moinhos vão apresentar demandas culturais, e assim, cabe verificar se essas demandas estão sendo conduzidas a partir do princípio da integralidade da atenção. Para o núcleo de Telessaúde de Santa Catarina (2016) no contexto da Atenção Primária em Saúde, a competência cultural é um aspecto derivativo que envolve o reconhecimento das necessidades de diferentes grupos populacionais, de acordo com suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações sobre o processo saúde doença.

Dias et al. (2018) entende que para compreender as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes, envolve a identificação de dois fatores que promovem ou inibem a sua utilização, considerando a influência tanto de fatores de natureza individuais associadas ao imigrante: características sociodemográficas, atitudes e crenças face à saúde e à doença, determinantes culturais que influenciam as práticas de saúde, conhecimento de deveres e de direitos em saúde, dificuldades linguísticas.

O segundo fator citado pelo autor acima, são de fatores de natureza contextual ou estrutural da sociedade de acolhimento: contextos legais e institucionais do acesso e da prestação dos cuidados de saúde a imigrantes, papel dos profissionais e das características dos serviços de saúde, organização e capacidade de resposta destes serviços às necessidades da população imigrante.

31 Fonte: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)).

Neste sentido, através dos relatos dos profissionais de saúde e dos haitianos, foram observados desafios no acesso aos serviços da ESF São José Praia e na UBS Moinhos, como os citados anteriormente por Dias (2018) os de fatores de natureza individual, que estão relacionadas às condições de saúde dos haitianos desde o seu país de origem, as barreiras culturais ligadas a crenças religiosas, patologias como consequências das condições de trabalho dos imigrantes, e a barreira linguística. As de fatores de natureza contextual e estrutural da sociedade de acolhimento, foi observada através dos relatos dos profissionais de saúde, quando os mesmos relatam a não oferta de capacitação para atender as demandas culturais da população imigrante por parte da gestão municipal de saúde, pois este fator se ofertado, auxiliaria as equipes nos tratamentos as particularidades de populações advindas de outros países.

Diante desses fatores, a integralidade apresenta-se como o princípio que “considera as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços.” (FRACOLLI, et al. 2011, p. 1136).

Para Iunes (1995, p. 99) o conceito de demanda pode ser definida como “a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dada as suas restrições orçamentárias.” Para o autor essa definição nos apresenta dois itens importantes: a noção de desejo, aqui a demanda está associada em uma estrutura de preferência; o segundo ponto refere-se à presença de uma restrição orçamentária, que está relacionada aos recursos limitados das pessoas. Assim, para Iunes (1995, p. 102) “a combinação de bens e serviços que desejamos consumir é determinada não apenas por nossas estruturas de preferências, mas também pelo montante de recursos que possuímos.”

Traz-se a ideia do conceito de demanda por Iunes (1995), que do ponto de vista individual, no âmbito do SUS, pode-se dizer que a demanda por serviços de saúde depende da necessidade do indivíduo (do desejo, do interesse, da particularidade do usuário) e dos recursos que a pessoa possui (sociais, educacionais, culturais, dentre outros), do ponto de vista institucional, a demanda em saúde vai depender do que as equipes e do que o próprio sistema de saúde entende por demandas, assim como, quais os recursos, quais as ofertas de serviços a saúde pública oferece para dar contas das demandas da população.

É possível revelar um campo vasto de demandas em saúde (clínicas, medicinais) no âmbito da Atenção Primária em Saúde pela população, pois vê-se que na maioria das vezes o que leva o usuário aos serviços de saúde é a necessidade de curar ou evitar um agravo. Contudo, a Organização Mundial da Saúde entende como conceito de saúde não mais a ausência de

doenças, mas o estado de bem-estar físico, mental e social das pessoas. A partir disso, a saúde é compreendida em um sentido mais amplo, que através da integralidade da atenção, é realizada a garantia ao indivíduo de uma assistência à saúde que extrapola a prática curativa, mas que o entenda e o acolha em seu contexto social.

Entre as primeiras demandas baseadas na cultura dos haitianos relatadas pelos profissionais das unidades pesquisadas, está o modelo de atenção à saúde do Haiti. A trabalhadora Amanda da ESF São José Praia, relata a complexidade na inspeção de sua conduta profissional quando a mesma desconhece o histórico de saúde de seu paciente, e para problematizar ainda mais essa situação, os imigrantes, muitas vezes, não sabem expressar suas necessidades de saúde, o que dificulta a efetivação do acesso de qualidade. Diante deste relato, entende-se que a condição de saúde da população haitiana pode estar relacionada a questões de acesso a serviços de saúde desde o seu país de origem.

Coisa que a gente sente também, é como eles chegam aqui para a gente, em relação a saúde parece que eles não tinham atendimento adequado lá, vem um pouco muito cru assim, sem nenhum histórico, sem saber falar nada de doenças, de exames, e aí as vezes a gente encontra muitos problemas por conta que eles não tem esse atendimento adequado anterior, então é desafiador por isso. Porque já tem a barreira linguística, e ainda vem sem nada, muitas vezes então fica complicado por isso. (Amanda APS /ESF São José Praia).

A saúde do Haiti é considerada precária, já que segundo a Organização Humanitária Médicos Sem Fronteiras (MSF), 40% da população haitiana não tem acesso aos serviços de saúde e mais de 60% dos serviços são privatizados e com pouca capacidade de resposta. Em comparação a saúde do Haiti com o modelo de atenção em saúde do Brasil, ambas apresentam estruturalmente características distintas, que de acordo com Plancher (2018) a saúde no Haiti é de caráter centralizado, enquanto no Brasil é descentralizado.

O Sistema de saúde haitiano é composto por: Setor Público - Ministério de Saúde Pública e da População (MSPP) e o Ministério de Assistência Social; Setor Privado com fins lucrativos - todos os profissionais de saúde na prática privada; Setor Misto, sem fins lucrativos - servidores do Ministério da Saúde trabalhando em instituições privadas (ONGs) ou entidades religiosas; Setor Privado sem fins lucrativos - ONGs, fundações, associações, etc. O Sistema de Saúde tradicional. (PLANCHER, 2018).

Os serviços públicos de saúde no Haiti, de acordo com Matos et. al. (2020, p. 122) “são ofertados no espaço urbano, principalmente na capital do país, Porto Príncipe; no entanto, como a maior parte da população habita na zona rural, o acesso é dificultado pela distância e pelo baixo capital econômico.” Com extensão territorial de 27.750 quilômetros quadrados, ocupando

o terço oeste da ilha Hispaniola, compartilhada com a República Dominicana, o Haiti é dividido em 10 departamentos, 41 distritos, 135 comunas (municípios) e 565 seções comunais. O país, de acordo com o Banco Mundial, no ano de 2020, sua população era de 11,4 milhões de pessoas. Para esse total de habitantes, a saúde haitiana concentra o total de 371 unidades de saúde, 217 centros de saúde e 49 hospitais. (PLANCHER, 2018).

Plancher (2018) relata que 47% da população haitiana não tem acesso a serviços básicos de saúde e 50% não acessam medicamentos essenciais. Para o autor, a saúde do Haiti permanece estagnada de maneira teórica, sem nenhuma estratégia concreta ou oficial que favoreça o atendimento integral dos usuários. Assim, constata-se que a saúde haitiana se distancia da saúde do Brasil “grandemente quando se trata de estratégias e programas desenvolvidos para que a população seja efetivamente contemplada nas suas necessidades em saúde.” (PLANCHER, 2018, p. 53).

Enquanto a atenção à saúde, no Haiti ela se aplica de maneira diversificada, pois a estrutura sanitária tem sua própria maneira de operar nesse aspecto; as instituições públicas iguais que das Brasileiras fornecem um atendimento gratuito aos seus usuários, porém por falta de investimentos os atendimentos básicos se revelam na maior parte do país inexistentes, o que leva as populações a procurar o atendimento nas demais instituições sanitárias a caráter privado que fornecerem cuidados à saúde sem levar em conta as políticas em vigor nos países. Tal situação acaba de alguma maneira enfraquecendo ainda mais a atenção à saúde no Haiti. (PLANCHER, 2018, p. 59).

Motisuki et al. (2019) alega que a situação de saúde da população haitiana apresenta indicadores de desnutrição nas crianças, altas taxas de mortalidade infantil e a maior taxa de tuberculose do continente americano. Para o autor, esse quadro sanitário complexo associa-se ao fato de que aproximadamente metade da população não tem acesso aos serviços de saúde. Além disso, as enfermidades causadas por doenças infecciosas, a desnutrição, dentre outros, atingem principalmente as populações mais pobres. Considerado o país mais pobre do continente americano, Haiti possui uma prevalência elevada de doenças associadas à pobreza, pois em torno de 80% dos haitianos vivem abaixo da linha da pobreza e 54% da pobreza total, e com uma taxa de desemprego superior a 65% da força de trabalho. (PLANCHER, 2018).

Além destes fatores, algo também relato pela Júlia da UBS Moinhos é que pelo fato da situação econômica e da oferta de atenção em saúde serem melhores no Brasil que na maioria dos países vizinhos, contribuem para uma situação na qual muitos estrangeiros optam por terem seus filhos em território brasileiro, conferindo-lhes, assim, cidadania. (BRANCO, 2009).

No início tinha muito desafio porque, eles vinham para cá muito eu quero, eu posso e eu consigo, então foi uma questão de educar eles, porque eles vêm do Haiti já com a

disposição de o SUS dá tudo, já sabem que o SUS dá, né, tanto que eles vêm para cá e logo engravidam, e eles têm acesso universal, né. (Júlia APS /UBS Moinhos).

Outra questão cultural relatada são as percepções de religiosidade dessa população, e isso pode estar intrínseco com o modelo de Atenção em Saúde do Haiti, que também possui representação de curandeiros tradicionais, “este setor ocupa um lugar importante dentro do sistema de saúde haitiano porque é consultado com mais frequência como primeiro recurso da população, independentemente da sua filiação social e seu grau de fortuna ou nível de educação.” (PLANCHER, 2018, p. 38). De acordo com o autor, os atendimentos oferecidos pelos curandeiros são os atendimentos que oferecem maior acessibilidade geográfica e cultural no país.

E ainda eles tem um problema, que nós temos com eles, eles são de uma religião, não sei te dizer, que muitos deles vão na igreja e acreditam que deus vai curar eles. Então há poucos dias nós tivemos um óbito, né, de soropositivo, que não aceitou se tratar porque tinha que ser conforme a vontade de deus. Nós temos esse problema também, não aceitam usar anticoncepcional, porque é sempre dá vontade de deus, é complicado. (Gabriela APS /UBS Moinhos).

“A percepção da saúde, da doença e do cuidado dos haitianos é intermediada pela medicina popular, praticada no Haiti, que entra em disputa com a lógica biomédica das ações preconizadas pelos profissionais de saúde brasileiros.” (MATOS, et al. 2020, p. 116). Segundo Faqueti, Grisotti e Risson (2020), alguns estudos alegam que crenças religiosas e culturais são descritas como barreiras para o planejamento familiar, além de permearem o entendimento de imigrantes sobre a etiologia das doenças, interferindo na conduta terapêutica.

Considerando-se aspectos da cultura haitiana, “além do *vodu*, a população apela para o uso de ervas e chás como primeira alternativa ao sinal de sintomas de doença. Se houver agravamento do quadro clínico, posteriormente, é buscado o atendimento médico-hospitalar.” (MATOS, et al. 2020, p. 122). No Brasil, a prática do uso de chás e ervas também acontecem dentro do Sistema Único de Saúde, em serviços de Atenção Básica em Saúde, onde pode ser realizada a implementação de plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), existe por meio da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Através dessa política, é possível promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, contudo, no SUS, o uso desses chás é feito com segurança, eficácia e qualidade, em consonância com as diretrizes da política, onde profissionais capacitados realizam atividades e oficinas com a população usuária, orientando-os a partir do uso correto dessas substâncias. A

inserção desse mecanismo de inclusão nos serviços de APS é usada como recurso terapêutico dos usuários, o que poderia muito bem ser articulado com as questões culturais dos haitianos.

Dentre as demandas culturais relacionadas às condições de acesso à saúde no Haiti e percepções religiosas, segundo os profissionais de saúde entrevistados, o principal fator dificultador no acesso é a barreira linguística. Por não dominarem o idioma local, os haitianos apresentam grande dificuldade de se comunicar, de modo que suas necessidades em saúde não sejam expressas com eficiência. No Haiti, “o crioulo haitiano é a língua oficial, como a francesa; no entanto, aquela é a mais falada pela população. O francês era, até pouco tempo, sinal de distinção social, no entanto, cedeu lugar à língua inglesa, que passou a ter essa posição.” (MATOS, et. al. 2020, p. 121).

Com o total de oito profissionais de saúde da APS entrevistados, o fator idioma como dificultador de acesso foi questionado por todos. Contudo, dos quatro haitianos, três deles relatam não existir dificuldades para acessar os serviços, nem mesmo por questões de idioma, pois de acordo com dois desses três haitianos que não entendem o idioma como um problema, ambos tiveram auxílio nesse processo de contato com os brasileiros por algum familiar que reside no Brasil a mais tempo que eles. Destes quatro haitianos participantes da pesquisa, um deles diz que a questão do idioma é um problema para todos os imigrantes.

Olha, no começo era difícil. É igual para todos os imigrantes. A língua portuguesa é um idioma muito difícil e os meus colegas haitianos quase não entendem, quase não falam, então é difícil para eles. (Adofo/ESF São José Praia).

Entendo perfeitamente, no início, antes de trabalhar para a APS, consultei duas vezes, então posso dizer que eu não tive problemas ou dificuldades sobre os atendimentos de consulta. (Tradutora/UBS e ESF).

Para Castro (2022) as redes familiares do país de origem dos imigrantes, têm total importância não só porque ajudam a diminuir os custos e os riscos da imigração, como também auxiliam na integração do imigrante na comunidade de chegada. Os amigos e familiares ajudam no processo migratório, o que indica a presença de comunidades consolidadas no território, os quais já estabeleceram canais de entrada de compatriotas. Para a autora supracitada, a Teoria das Redes no quadro teórico das migrações, é muito importante para explicar a gênese e a consolidação de determinados fluxos e destinos migratórios. O auxílio de familiares e amigos, estabelecidos no país de acolhimento, é decisivo para o potencial migrante definir o seu projeto migratório. Também para o desenvolvimento da cultura migratória no território de origem.

A haitiana que é tradutora dos serviços, é nascida no Haiti, reside no Brasil desde criança, pois acredita-se que as crianças imigrantes tendem a aprender o português com muito mais facilidade que seus pais. Para Mota (2004), a grande parte da vida social das crianças e

dos adolescentes imigrantes, se passa em ambientes como por exemplo, a escola, onde todas as atividades são exclusivamente em português, tornando-se este, o mais eficiente espaço de ensino-aprendizagem da língua portuguesa.

Para os adultos imigrantes, muitos encontram os espaços de trabalho como um ambiente propício para aprender a língua portuguesa. Através da relação entre o imigrante e o seu colega de trabalho brasileiro, o estrangeiro passa a aprender a se comunicar, pois a compreensão do idioma português facilita a integração do imigrante à sociedade. Assim, o entrevistado da ESF São José Praia argumenta que, no início de sua chegada ao Brasil, não era difícil se comunicar com os profissionais de saúde, pois ele aprendeu o idioma brasileiro com seus colegas de trabalho quando este morava no Chile.

É fácil me expressar. Passei pelo Chile, vim aqui. No trabalho conversava com brasileiros. No início, nos serviços de saúde não era difícil me comunicar. (Akin/ESF São José Praia).

Para Balzan e Kanitz (2020) os imigrantes, ao chegar no país de acolhimento, enfrentam dificuldades de toda ordem na tentativa de estabelecerem-se na nova sociedade, como a procura por moradia, trabalho, e até mesmo a adaptação ao clima e à cultura local, porém, “o maior obstáculo para essa integração, no entanto, está na questão linguística, pois a grande maioria desses imigrantes chega ao Brasil com pouco ou nenhum domínio da língua portuguesa.” (BALZAN; KANITZ, 2020, p. 275).

Vê-se que as questões do idioma é mais observado pelos profissionais de saúde do que pelos imigrantes, pois o cotidiano dos serviços de saúde é permeado pelas “relações sociais que os diversos atores mantêm entre si, o que pode determinar perspectivas distintas entre usuários e profissionais da saúde em relação ao que é necessidade.” (SANTOS; PENNA, 2013, p. 150). Sendo assim, diante da dificuldade da equipe em relação à comunicação com os imigrantes, na tentativa de diálogo, os mesmos se utilizam de outras formas de contato, como gestos e mímicas.

Quase sempre é muito difícil, me sinto bem, bem difícil na verdade. Porque como a gente não entende a língua que é primordial, o que a gente vai fazer? vai ter que adivinhar? Às vezes tem que falar mais alto. (Rosa APS /ESF São José Praia).
A dificuldade que a gente encontra é a comunicação, porque a gente não entende muito bem eles, e aí tu chega num momento que tu fica assim, um pouco nervosa porque tu quer ajudar mas não consegue entender o que eles estão falando, aí vai mais por mímica ou tu vai deduzindo alguma coisa para eles. As vezes tem a tradutora, nem sempre, a maioria das vezes não tem tradutora, então a gente tem que se virar conforme a gente pode. Eu avalio assim, uma dificuldade que está sendo, mas nós estamos pegando o jeitinho deles com o dia a dia, então a gente vai adaptando, né. (Amanda APS /ESF São José Praia).

Além destes fatores problematizados até aqui, constatou-se um quadro crescente de patologias associadas às precárias condições de vida e de trabalho dos imigrantes haitianos. No campo da saúde pública, tem que se considerar a questão dos diferentes deslocamentos, dado que envolvem explicações multifatoriais em que muitos imigrantes encontram-se nos postos mais baixos do mercado de trabalho. No caso dos haitianos, na sua grande maioria, trabalham em frigoríficos e na construção civil, e as condições de precariedade desses espaços de trabalho, contribui para o adoecimento dessa população, como alega o profissional da UBS Moinhos.

As demandas em saúde, principalmente dores crônicas, às vezes por conta dos trabalhos. Os trabalhos que normalmente eles conseguem aqui no Brasil são de mão-de-obra física, né, de baixa especialidade, então eles vem bastante com dor crônica, né, bastante gravidez não planejada, basicamente mais isso. E problemas tipo crônicas mal resolvidas, às vezes no país. Eu também não tirei a oportunidade de conhecer mais a fundo como é o sistema de saúde de lá. (João APS /UBS Moinhos).

Segundo Granada et al. (2017, p. 290) “a incidência de certas condições de trabalho, entre outros, são fatores que tornam essa população mais vulnerável que as populações locais.” A vida associada às condições de trabalho dessas pessoas revela riscos significativos, com repercussões na saúde e qualidade de suas vidas. A relação entre saúde e as questões sociais é expressa através dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Essa teoria resgata as bases da questão social para demonstrar que as questões econômicas, culturais, étnicas, raciais, psicológicas e comportamentais influenciam na situação de saúde das pessoas, pois, “acreditamos que só com o entendimento da lógica da sociedade capitalista é que poderemos compreender os desdobramentos desta sociedade para a problemática da saúde.” (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013, p. 46).

Até aqui, foram contextualizadas as demandas em saúde dos imigrantes a partir do entendimento dos trabalhadores da APS. Contudo, para os quatro haitianos que participaram da pesquisa, as razões que fazem a busca deles pelos serviços de saúde se dá apenas por sintomas gripais e pela busca da vacina contra a Covid-19. Para a tradutora, o tipo de cuidado em saúde que ela procura nas unidades da APS, é:

Na busca pela integridade mental e física. Ter acesso a ações de promoção, prevenção e tratamento relacionados à saúde da mulher, saúde mental, planejamento familiar, prevenção ao câncer. (Tradutora/ ESF e UBS).
Fazer vacina. (Akin/ESF São José Praia).
Dor de garganta, falta de ar. Se sinto algum sintoma. (Dolapo/ESF São José Praia)

Em razão da pandemia da Covid-19, os sintomas, ora relatados, são sintomas gripais. Segundo a fala das equipes de saúde, atualmente, não observa-se uma crescente em imigrantes contaminados, contudo, os relatos são de que no início da pandemia no município, houve uma

grande concentração da população imigrante positivada para o vírus, muitos eram trabalhadores de frigoríficos da região.

Hoje em dia é bem raro, até porque a maioria já pegou. Em relação com os cuidados com a Covid, em relação com as máscaras no início era mais complicado, tem o protocolo de trocar as máscaras, hoje eles aceitam bem isso, estão fazendo direitinho, o pessoal da recepção orienta mais em relação a isso, se chega para mim também, se for necessário, eu também oriento. Em relação com a Covid, eles vivem em aglomeração, o ambiente familiar deles normalmente tem um grande número de pessoas e isso ajudou a ter esse grande número de transmissão de doenças entre eles. (Amanda APS /ESF São José Praia).

A gente teve Covid ano passado, e como eles trabalhavam nos frigoríficos, teve bastante casos, fora isso, é as gestantes e alguma coisa assim de hipertensão e diabetes mal controladas, mas geralmente são essas patologias. (Maria APS /ESF São José Praia).

Sim, tive Covid. Não sei muito sobre, porque eu não trabalho na área do atendimento Covid, mas no meu ponto de vista, não tem muitos casos de imigrantes positivados. (Tradutora/UBS e ESF).

Diante desses relatos, encontram-se importantes informações que “auxiliam na interpretação das relações entre mobilidade humana, disseminação do vírus e processos de saúde e adoecimento.” (GRANADA, et. al. 2021, p. 215). A aglomeração de pessoas, saúde fragilizada em decorrência das condições precárias de trabalho, são condições mais do que favoráveis para a disseminação de várias doenças, mas, sobretudo neste momento, da Covid-19. Dos quatro imigrantes entrevistados, apenas um reside com mais dois imigrantes.

Assim, faz-se necessário indagar se estes imigrantes que trabalham em frigoríficos possuem os equipamentos de proteção individual (EPI), como máscaras, aventais, luvas, gorros e macacões descartáveis. Em entrevista, sobre os equipamentos de proteção, os imigrantes não souberam informar muito bem as condições atuais do uso dos equipamentos. Contudo, disseram receber orientações no trabalho, onde apenas um, dos três haitianos que trabalham em frigoríficos, relata não ter recebido orientação alguma sobre os cuidados de prevenção a Covid-19.

Eu pessoalmente, sim. Tá tudo tranquilo para mim, no meu trabalho a gente recebe orientações. (Adofo/ESF São José Praia).

Não, eu não recebi nada. (Akim/ESF São José Praia).

Sim, recebi orientações. Não foi difícil me adaptar. (Dolapo/ESF São José Praia).

A adaptação ao protocolo de prevenção a Covid-19, previsto na Portaria SES nº 617/2020, consta como medidas de proteção, as ações que devem prioritariamente evitar a aglomeração de pessoas, os contatos físicos e o aumento do fluxo de pessoas, em especial, em ambientes fechados, o uso de máscara e a exigência da proteção por parceiros ou colaboradores, além de cuidados quanto à higienização das mãos e de objetos. Os imigrantes entrevistados relatam que o que ficou mais difícil na pandemia, foi o uso das máscaras, como assim relatado

pela Amanda que atende demandas da Covid-19 na ESF São José Praia. Além do uso das máscaras, o sistema de confinamento, o desemprego e a agenda de consultas médicas foram apresentadas pelos imigrantes como dificuldades na pandemia.

O que mudou esse sistema de confinamento. A gente tem que ficar em casa, e aí essa mudança é difícil para todo mundo. No serviço indo trabalhar, tem que ficar em casa para não espalhar a Covid, né? É uma mudança enorme também nas lojas, no comércio é difícil de entrar, é difícil de comprar o que tu queria, entendeu? Ainda os mais pobres eram os mais atingidos, por exemplo. O imigrante comprar pela internet ficou mais difícil, gosto mais de uma loja perto de casa, no bairro, mas comprar pela internet ficou difícil, hoje a gente tá conseguindo fazer, mas no começo era difícil. (Adofo/ESF São José Praia).

Difícil por conta da pandemia, o trabalho, eu estava desempregado. (Akim/ESF São José Praia).

Já era difícil, depois da pandemia vai ficar ainda mais difícil agendar consulta. (Tradutora/UBS e ESF).

A inclusão digital não é um processo tão simples para essa população, pois não se trata apenas de acessar a internet ou possuir um celular ou computador, o fato é que essa adaptação implica, por exemplo, o domínio da língua portuguesa. “A revolução tecnológica contemporânea, com a qual convivemos, modificou e continua modificando e influenciando o modo de vida das pessoas, e interfere diretamente em todos os setores da sociedade.” (SANTOS, et. al., 2011, p. 15843). Muitas pessoas, não só a comunidade imigrante, teve que se adaptar em tempo de pandemia, ao uso das tecnologias para comprar, pagar e se comunicar. Entretanto, entende-se que esse ainda é um lugar de privilégio, pois, a exclusão digital tem endereço, classe, cor e idade, e a sua falta de acesso pode ser dada pela localização, como pessoas que residem nas zonas periféricas e rurais.

Além disso, vê-se que as dificuldades da pandemia afetaram muitos imigrantes com a falta de emprego, assim, se a vulnerabilidade dessas pessoas que já era alta, com a pandemia se intensificou. “Fica evidente a necessidade por parte dos poderes públicos da catalogação das necessidades específicas dos imigrantes durante a pandemia, visto que muitos enfrentam situações de desemprego e não possuem condições de manter suas famílias.” (SOUSA, et. al., 2020, p. 10).

Vê-se que as consequências dessas demandas culturais relatadas pelas equipes de Atenção Básica, nesta ordem, os desafios ora apresentados, não perpassa somente pela capacidade dos profissionais de saúde em lidar com esta realidade, exigindo assim, ações conjuntas para resolução. A gestão Municipal de Lajeado/RS reconhece a realidade do fluxo migratório internacional em seu território, assim como, os efeitos desse fluxo nos atendimentos da APS, pois quando os profissionais de saúde são questionados sobre a existência de suporte da Secretaria Municipal de Saúde frente a realidade migratória na saúde, o relato é o seguinte:

Eles dão suporte em relação ao tradutor, poderia não ter, e eles tiveram essa preocupação de colocar uma pessoa para isso nos atendimentos. Não existe uma política específica para essa comunidade. (Maria APS /ESF São José Praia).

No entanto, fragilidades são observadas no amparo da gestão municipal as equipes de APS no município. Num contexto de diversidade cultural, considerando que crenças e costumes influenciam os cuidados em saúde dos sujeitos, é imprescindível que a Secretaria Municipal de Saúde forneça capacitações para esses trabalhadores, pois esses profissionais que atendem populações advindas de outros países possuem um papel importante como fonte transformadora dos sujeitos sociais.

Não tivemos ainda nada parecido. Eu acharia interessante principalmente por causa desses problemas que eu acho que é muito uma questão cultural, que eu acho que tem que ter uma abordagem diferenciada em relação a isso, né. Deles entenderem que a nutrição do bebê é importante, que os cuidados com os bebês é importante, fazer teste rápido é importante, fazer o uso de preservativos é importante, e eles não vem com essa cultura, então é claro que a gente dos serviços de saúde, a gente tem esse papel na educação deles também, mas tem que atuar também não só na área da saúde, mas na área da educação, na área da assistência social, para ter essa educação em relação a comunidade deles, para ter esse entendimento, porque a gente chega aqui e fala, por exemplo, da alimentação das crianças, entra por um ouvido e sai pelo outro, porque não é da cultura deles, porque eles acham que dar farinha com água é o ideal, foi assim que eles aprenderam. (Amanda APS /ESF São José Praia).

Então. Não é realizado. Mas não vejo necessidade para atendimento diferente, sim para conhecer só a cultura, que daí não precisaria ser específico de saúde, porque a gente vai descobrindo aos poucos a cultura deles e como eles lidam com a questão da saúde, né. Eles são muito fortes, pouco adoecem, né. Mas não vejo necessidade de ter qualificação para eles não, só para nos conhecermos mesmo, a cultura deles. Mas isso a gente pode ir atrás também. (Júlia APS /UBS Moinhos).

A acessibilidade dos serviços de saúde aos imigrantes implica a capacidade de oferta de serviços que possam responder às necessidades em saúde dos seus usuários. Assim, a acessibilidade “refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 191). Os imigrantes demandam atendimento influenciado em sua cultura de origem, os modos de vida, as concepções sobre adoecimento, os diversos modos de lidar com a saúde e a doença, questões de comunicação, dentre outras, são demandas particulares da comunidade imigrante. De acordo com Hall (2003) com o multiculturalismo, existe a demanda por igualdade e justiça social contra um racismo diferenciado. Assim como, existe a demanda pelo reconhecimento da diferença cultural.

Para Delamuta et al. (2020) para atender às necessidades de saúde dos imigrantes, torna-se importante o desenvolvimento da competência cultural dos profissionais de saúde, que pode ser conceituada como “conhecimentos, atitudes e habilidades a serem desenvolvidas pelos

profissionais de saúde, objetivando maior capacidade para lidar com populações de cultura diversas.” (DELAMUTA, 2020, p. 3).

Diante dessas problematizações, vê-se que entender a consequência do fluxo migratório internacional para a saúde demanda compreender os processos políticos, econômicos, sociais e culturais que se manifestam no fenômeno da imigração. Observadas essas questões, levanta-se uma provocação sobre a maneira como os problemas de saúde dos imigrantes são compreendidos pelos profissionais de saúde, pois, “as desigualdades socioeconômicas marcam a experiência de parte dos imigrantes, expondo estas populações a uma maior vulnerabilidade, adoecimento e menor qualidade de vida.” (GRANADA, et al. 2017, p. 285).

Sendo assim, a partir dos relatos dos entrevistados, infere-se que o princípio da integralidade na atenção à saúde dos imigrantes é contemplada parcialmente pelas unidades de saúde participantes da pesquisa. A integralidade não é apenas identificar demandas sociais e culturais e sua relação com a saúde desses sujeitos, e sim, a partir dessa identificação a realização de um conjunto de ações que objetivam dar respostas às demandas dos imigrantes.

É visto que foi realizado um diagnóstico da realidade migratória no território de abrangência da ESF São José Praia e da Unidade Básica de Saúde Moinhos, como demonstrado no subcapítulo anterior, pois sabe-se que o diagnóstico pode ser útil para indicar uma necessidade e assim organizar o serviço, no entanto é importante se ter em mente que não é a única forma de caracterizar essas necessidades. Para isso pode-se realizar um diagnóstico das principais queixas decorrentes das demandas e também das necessidades observadas e relatadas durante visitas domiciliares ou em atividades de grupos.

Nos serviços de Atenção Primária em Saúde, é possível a realização de diversas atividades além dos atendimentos de consulta médica. A visita domiciliar e atividades em grupos podem desenvolver práticas de saúde que promovam uma melhor aproximação e vinculação dos usuários aos serviços. Os grupos têm se mostrado como uma ferramenta útil utilizada pelos profissionais da saúde na Atenção Básica, que, de acordo com Souza et al. (2005, p. 148) “é clara a importância do trabalho em grupo como instrumento fundamental no atendimento das complexidades da promoção e da educação em saúde nas comunidades.”

Na promoção da saúde, o trabalho em grupo possibilita a quebra da relação vertical que, tradicionalmente, existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo esta uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que tem algum impacto na saúde de indivíduos e de grupos. (SOUZA, et al. 2005, p. 148).

As atividades em grupos têm relevância na inserção desses sujeitos na sociedade de acolhida, auxiliando na solução de problemas relacionados à saúde e ao cotidiano. Para os trabalhadores do SUS, os grupos facilitam a observância de certos fatores, como: angústias, relações interpessoais, situações vivenciadas pela população. Todavia, nas unidades de saúde de Lajeado/RS, atividades de grupos e busca ativa não estão sendo realizadas pelas equipes para os imigrantes. Isso se deve a pandemia da Covid-19, que devido à aglomeração que essas atividades promovem, as mesmas precisaram ser canceladas durante este período. Contudo, na fala de João da UBS Moinhos, atividades como estas, grupos, busca ativa e visitas domiciliares, são realizadas apenas com imigrantes mulheres, as gestantes.

A gente está com portas abertas, aqui o que eles procuram a gente atende, não fazemos nenhuma estratégia adicional, tipo, busca ativa de imigrantes, fazer grupos com imigrantes, por enquanto foi realmente por conta da pandemia, de não tá podendo fazer grupos, mas a gente tenta, as gestantes a gente faz bastante busca ativa, das imigrantes, a gente não deixa elas desacompanhadas. (João APS /UBS Moinhos).

Considerando que a Atenção Primária em Saúde tem como objetivo a prevenção de doenças, essas atividades deveriam ser utilizadas como recursos para atender toda a população, efetivando o acesso e as ações de promoção da saúde. Quando estas práticas são desenvolvidas apenas para um grupo específico, alguns usuários podem passar a ser desassistidos pelos serviços, uma vez que muitos desses usuários formam vinculação com as unidades e com as equipes através destes espaços de troca e interação.

Na Atenção Básica, os profissionais de saúde inseridos em uma equipe multiprofissional, devem atuar de maneira eficaz nos cuidados com a população, observando as particularidades dos usuários através de suas categorias profissionais.

Na contramão das práticas executadas, a escuta, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, na lógica da clínica ampliada, assim como o matriciamento e a intervenção interdisciplinar e intersetorial, sobre os determinantes sociais da saúde, conglobam exemplos que requerem inovações em processos de trabalho. (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016, p. 2).

Deste modo, entende-se que a partir da identificação das necessidades particulares dos imigrantes, é importante que intervenções no âmbito do SUS sejam tomadas como essenciais mediante o seu potencial de qualificação dos seus serviços prestados a esse público. É necessário que sejam feitas atualizações nas práticas e nos modelos de atendimentos realizados no SUS. “Todo esse debate coloca a necessidade de se delinear estratégias e ações no campo da saúde capaz de apontar para a construção de soluções dos problemas complexos que se vive.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9).

Também, a partir dos relatos dos profissionais de saúde em relação às demandas dos imigrantes, entende-se que essas equipes realizam o movimento de enxergar o imigrante num contexto que abrange suas origens, sua cultura e suas condições de trabalho. Porém, diante das necessidades culturais e sua relação com a saúde dos imigrantes que os profissionais apresentaram, observam-se ainda, algumas fragilidades. Percebe-se contradições entre os imigrantes e os profissionais de saúde sobre o que se entende por desafios no acesso, e a barreira linguística não é um problema para os imigrantes entrevistados. Quando as equipes de saúde identificam determinadas demandas, estas devem em conjunto realizar reflexões sobre a situação, subsidiando a análise e promovendo mudanças na prática e nos resultados do que é ofertado para esses sujeitos, conseqüentemente, o planejamento em saúde é adaptado para atender essas demandas.

As diferentes necessidades e desafios no acesso aos serviços de saúde devem ser discutidos amplamente na perspectiva de uma avaliação participativa e formativa envolvendo profissionais, usuários e gestão municipal, buscando provocar movimentos diversos, como a capacitação, o levantamento das demandas, a construção de ações que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagem coletiva.

A pesquisadora acredita que não existe uma comunicação entre as equipes e os imigrantes nos serviços pesquisados, na tentativa de acolher as demandas dessa população a partir do que eles entendem como necessidades. Para o participante do estudo, Adofo, o que os imigrantes precisam é de mais informações sobre o funcionamento do serviço, lembrando que essa população vem de um país onde o modelo de saúde difere do SUS. Já a tradutora das unidades, antes de trabalhar na unidade de Moinhos, também sentia dificuldades no funcionamento do serviço, e hoje ela acredita que possa existir um julgamento das equipes antes de os mesmos avaliarem quais são as reais necessidades que os usuários imigrantes sentem.

O que acontece. Já vi que alguns imigrantes tã reclamando por causa dos documentos, às vezes eles não sabem. As pessoas que atendem os imigrantes, são bem legais, ajudam como eu já falei. O que seria melhor então é a questão dos documentos, entendeu? Colocar mais informação para os imigrantes, “eles tem que vir para consulta”, ou um quadro “não esquece, leva comprovante de residência.” (Adofo/ESF São José Praia).

Como eu trabalho no posto de saúde eu não tenho nenhuma dificuldade para esses tipos de atendimentos, mas antigamente o problema era sobre as marcações de consultas, entre outros a demora para autorizações de exames. (Tradutora/ESF e UBS).

Às vezes eu tenho a impressão que eles ficam julgando antes mesmo de entender o que o paciente imigrante necessita. (Tradutora/ESF e UBS).

Eu não preciso de tradutor. Para mim está tudo tranquilo. (Akin/ESF São José Praia).

Em algumas situações, para Delamuta (2020) os profissionais de saúde, com todo o peso institucional de sua autoridade, ocupam o lugar de ordenador, impondo aquilo que eles

acreditam ser as necessidades de saúde dos usuários. Nesse caso, é importante tomar alguns cuidados, pois ao impor supostas necessidades de saúde, não sendo essas as necessidades reais dos usuários, os trabalhadores da saúde acabam negligenciando outras possíveis necessidades.

Santos e Penna (2013) relatam que as demandas resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. “As demandas aos serviços de saúde compreendem a tradução das necessidades individuais sentidas e interferem na forma que utilizam os serviços de saúde, apesar da incorporação de outras ações nas unidades.” (SANTOS; PENNA, 2013, p. 151). Uma vez que os imigrantes da pesquisa relatam não precisar de tradutor e não sentir dificuldades com o idioma, não significa que seja igual para todos os imigrantes, há aqueles que sentem dificuldades de se comunicar e de se expressar, pois as demandas dos imigrantes podem variar, até mesmo de acordo com o perfil, costume e das diferentes nacionalidades que residem em Lajeado/RS. Segundo a tradutora das unidades, ainda que ela fale o idioma crioulo, existem aqueles que têm dificuldades de entender.

Os desafios do dia a dia, como tradutor, mesmo falando a mesma língua que eles, mas às vezes tenho que explicar mais de três vezes para entender. (Tradutora/ESF e UBS).

Seguindo, além da falta de comunicação entre imigrantes e trabalhadores da APS, outro fator observado que prejudica a condução da integralidade na atenção às demandas dos imigrantes é a falta de capacitação oferecida aos profissionais. O desenvolvimento e crescimento profissional desses trabalhadores nesse processo também precisa ser melhor organizado para que a integralidade possa ser totalmente contemplada. Observou-se que da parte da gestão municipal não está sendo disponibilizado capacitações, que segundo Faquin et al. (2018, p. 15) dificuldades quanto a comunicação, ausência de informação, cultura e linguagem, “não são tomadas pelo poder público enquanto exigências para um repensar de suas ações e intervenções, mas parte-se do pressuposto de que essas barreiras devem ser transpostas pelos próprios imigrantes.” É exatamente esse movimento que foi observado nas falas de Gerusa da ESF São José Praia no decorrer do texto. Nesse sentido, quando questionada sobre a necessidade da gestão municipal em disponibilizar capacitações para os profissionais, segundo a mesma, as atividades de capacitação devem ser feitas também com os imigrantes, pois eles também devem aprender sobre a cultura local e aprender o idioma brasileiro, como tem-se visto em relatos anteriores da recepcionista.

Eu acho que sim, mas eu acho que também para eles. Em vez de querer facilitar só pra gente, mas fazer coisas para facilitar para eles, começando talvez em dar alguma aula para eles da nossa língua, até deixar a tradutora aqui pois ela foi para Moinhos e

não botaram mais aqui, e ela só vem para cá quando tem alguma gestante. (Gerusa APS /ESF São José Praia).

Entretanto, esse movimento da busca por capacitações não precisa partir apenas da gestão municipal, e sim, também, dos trabalhadores. No campo da saúde, pode-se realizar atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) dentro das unidades da APS, que para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2014) orienta-se essa política pelo ordenamento da formação, planejamento do setor do trabalho e provimento de trabalhadores que assegurem à população o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. A EPS “reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País.” (BRASIL, 2014, p. 2).

Como estratégia, deve contribuir para a necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e das práticas de condução do sistema e dos serviços de saúde, abarcando também a organização de modelos, processos colegiados e de assessoramento. Constitui-se em um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão e as instituições formadoras, com vistas à construção de uma saúde que diga respeito aos seus usuários e valorize os atores sociais do trabalho. (BRASIL, 2014, p.2).

Enquanto as atividades de capacitação não são oferecidas pela gestão municipal de Lajeado/RS, a Maria da ESF São José Praia busca informações sobre questões culturais de imigrantes por conta própria, só que esses conhecimentos deveriam ser compartilhados com toda equipe, assim qualificando todo o serviço, não apenas a profissional.

Eu acho que sim, a gente já tentou fazer uma vez, acabou não acontecendo agora não me lembro mais, já tiveram outros alunos que passaram por aqui e fizeram pequeno dicionário de perguntas e respostas para nos auxiliar, e também não tem muito o que a gente fazer, nós vamos aprender francês e crioulo? Nosso obstáculo é esse, nosso desafio é esse, a língua, né. As outras coisas eu fui atrás, eu tinha uma colega do mestrado que era haitiana, a gente pesquisou tanto nas equipes, a gente tinha um trabalho também de traduzir documentos, a gente foi atrás, não que isso foi feito pelo município, nós escolhemos fazer isso para conseguir melhorar o atendimento. Fui atrás para saber de processo cultural, as mulheres lá não fazem pré-câncer, porque que não fazem, como é a relação homem e mulher lá no Haiti, a gente tem o trabalho de uma professora que esteve lá, e viu sobre o machismo, a gente foi atrás, porque isso está muito envolvido com o Centro e com o Moinhos e não com o resto do município, né. Então, às vezes nem todo mundo enxerga como uma necessidade de todos. (Maria APS /ESF São José Praia).

As capacitações, para haver uma relação mais humana, poderia ser. Acho que seria bem legal. Não foi oferecido nada, nadinha. A gente atende conforme vai indo, como eu te falei né, a gente vai aprendendo com eles e eles com a gente. (Rosa APS /ESF São José Praia).

Sendo assim, para finalizar, a ESF São José Praia e a UBS Moinhos, apresentam importantes demandas de contexto imigratório e cultural desses sujeitos, o que faz necessária a

verificação das ações estratégicas e políticas que o município e essas duas unidades de saúde estão adotando em relação a essa realidade multicultural, sob o contexto social aqui discutido. Além das fragilidades como: a pouca oferta de intervenções que vão além do atendimento médico, como grupos, visitas domiciliares e busca ativa de imigrantes; A falta de diálogo entre equipes de saúde e usuários imigrantes sobre os desafios no acesso à saúde dessa população, gerando contradições e possíveis negligências sobre as reais demandas dos imigrantes e a nenhuma oferta de capacitações para as equipes atender essas demandas culturais, existem alguns avanços da rede municipal em ações de promoção da equidade em saúde para essa população. Contudo, sobre este princípio doutrinário do SUS, conclui-se que a integralidade na atenção às demandas dos imigrantes nas duas unidades de saúde de Lajeado/RS, contempla-se parcialmente, deixando alguns fatores a serem ainda melhorados.

A vista disso, é necessário que se aponte como prioridade endereçar alternativas para superação desses fatores. Para isso, é preciso a construção de políticas públicas específicas para os imigrantes, e essa discussão exige agilidade. A falta de políticas públicas que atendam as especificidades dos imigrantes dificulta a construção de estratégias de intervenção para as questões que envolvem o processo de integração do imigrante na sociedade.

5.6 Ações equitativas na APS de Lajeado/RS e a inclusão de imigrantes na Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde

As ações equitativas no campo da saúde tem como objetivo a redução das desigualdades de acesso entre os usuários do SUS. De acordo com Fiocruz (2018) as iniquidades em saúde são diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos recursos de saúde entre diferentes grupos populacionais, decorrentes das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. As desigualdades são injustas e poderiam ser reduzidas com a combinação certa de políticas governamentais.

As ações de promoção da equidade em saúde são estratégias que procuram evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde desse sujeito. Através da Política de Promoção da Equidade em Saúde, o princípio da equidade consiste na oferta do cuidado reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à

diversidade. Ficando³² proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras.

Por ser a porta de entrada do SUS, cabe à APS ser um espaço para a implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde. Pensando nisso, recentemente foi estabelecido a nível federal as Políticas de promoção da Equidade em Saúde, que são formadas por um conjunto de programas e ações de saúde, no âmbito do SUS, pensados para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade social. A nível estadual, temos dentro do departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde, a Divisão de Políticas de Promoção da Equidade. (Enfermeira/16ª CRS/Departamento de APS).

Em Lajeado/RS, vê-se que são realizadas iniciativas importantes por parte, principalmente, dos profissionais de saúde que se organizaram para a realização de confecção de informativos no idioma natural dos imigrantes. A depender das necessidades, trabalhos como este constituem-se como pontuais diante a demanda local. “Os fluxos migratórios internacionais têm apresentado novas demandas à intervenções no âmbito das políticas sociais brasileiras, tanto por suas características, quanto por seu adensamento.” (FAQUIN, et al. 2018, p. 1).

No início da pandemia, nós fizemos informativos na língua deles sobre os cuidados na pandemia e a gente tinha uma tradutora aqui, que ela fazia essa parte. Ela ainda vem aqui uma vez por semana, e ajuda principalmente em relação ao pré-natal. Mas comigo ali, se ela está aqui na quarta, eu precisando ela vem, mas atualmente ela tá em outra unidade, que eles estão tendo uma demanda maior de imigrantes lá. Então eu acho que essa é a principal dificuldade, essa é a grande questão, ter um tradutor. (Maria APS /ESF São José Praia).

É totalmente aceitável a confecção de informativos na linguagem nativa dos imigrantes como estratégia de promoção da equidade em saúde. A mesma ideia de material foi realizada em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde, o mesmo está sendo providenciado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Essa ação de promoção da equidade facilita o acesso à saúde e a informação sobre os serviços disponíveis do SUS, e sobre os cuidados em saúde para os imigrantes.

32 Informação retirada da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Figura 6 – Card de vacinação no idioma Crioulo



Fonte: Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde.

Além da confecção de materiais informativos, outra ação de promoção da equidade em saúde é realizada no município, a contratação de uma tradutora de nacionalidade haitiana atendendo nas duas unidades de saúde pesquisada, porém, prioritariamente na UBS Moinhos, pois segundo os profissionais de saúde, esta unidade de saúde, atualmente, apresenta maiores demandas com a população imigrante no município.

O que a gente conseguiu fazer é trazer uma tradutora, ela era nossa aqui, daí ela acabou indo para Moinhos. 40h ela ficava aqui, daí depois ela acabou sendo transferida para lá, e hoje ela vem só nas quartas de tarde que é dia que a gente tenta marcar tudo, mas óbvio que os atendimentos são todos os dias que a gente atende imigrantes. (Maria APS /ESF São José Praia).

A começar pela tradutora, eles sempre pediam por ela, "onde está a tradutora? Onde está a moça?" (Amanda APS /ESF São José Praia).

A equidade em saúde propõe o respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, possibilitando a procura de estratégias de intervenção apropriadas às necessidades particulares de determinados grupos. Porém, além de oferecer atendimentos equitativos, é importante que estes profissionais entendam o uso desse conceito e entendam o valor deste princípio no contexto imigratório. A equidade reconhece que todos os usuários do SUS necessitam de atenção, mas não necessariamente dos mesmos atendimentos, assim, busca-se as diferenças nas condições de vida e saúde dos sujeitos.

A pesquisadora constatou que na fala de todos os profissionais de saúde entrevistados, em momento algum o termo “atendimento equitativo” foi verbalizado, e sim, em ambas

unidades de saúde, todos reconhecem os imigrantes como “iguais aos nacionais,” e a pergunta se referia ao que era ofertado de diferente para os imigrantes nos atendimentos. E, essa fala de igualdade também é percebida na fala dos imigrantes, quando estes são questionados sobre como eles gostariam de ser atendidos.

Como eu gostaria de ser atendido? igual a todo mundo. Todo mundo para mim é igual, todo mundo precisa do serviço. (Adolfo/ESF São José Praia).

Não tem, tudo é igual. Todos são iguais. Para esses até um pouquinho mais, porque tem que ajudar eles, já que eles estão vindo, tu tem que dar uma atenção maior, mas são todos iguais. (Rosa APS /ESF São José Praia).

A gente tenta atender do mesmo jeito, não fazemos diferenciação, claro que a gente tem que tentar agendar quando a tradutora está aí. Foi feito tradução de alguns materiais, a própria pediatra traduziu, introdução alimentar, essas coisas para conseguir explicar e ajudar. (Maria APS /ESF São José Praia).

O termo equidade é de uso relativamente recente no vocabulário da Reforma Sanitária brasileira. Foi incorporado posteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988 no que se refere ao direito de todos e dever do Estado em assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. (ESCOREL, 2009). A equidade, às vezes, pode ser entendida como vantagem em relação ao outro, contudo, o atendimento equitativo está relacionado a uma assistência à saúde que atende cada um de acordo com as suas necessidades.

Ainda que os profissionais de saúde relataram que tratam os imigrantes da mesma forma que os nacionais, ambas as equipes não se deram conta que os atendimentos oferecidos até o presente momento para essa população, de fato, é equitativo, e que tanto a UBS Moinhos quanto a ESF São José Praia, oferecem ações de promoção da equidade em saúde aos haitianos, a partir das confecções de materiais informativos e da mediação da tradutora haitiana. Observa-se, então, alguns esforços empregados na promoção da equidade aos imigrantes usuários da APS de Lajeado/RS.

Ações como estas, refletem na melhoria da qualidade e eficiência dos atendimentos aos pacientes que exigem uma atenção diferenciada. O conjunto de conhecimentos, instrumentos e práticas interventivas, acolhidas pelas instituições de saúde, podem auxiliar na promoção da qualidade em saúde, da acessibilidade, da oportunidade, da eficácia e da eficiência dos serviços da Atenção Primária em Saúde. Sem esquecer que a qualidade em saúde abrange várias questões, desde a educação e saneamento básico até o acesso a informações sobre cuidados em saúde.

Porém, para que a qualidade em saúde seja eficaz, não basta apenas que as unidades de saúde estejam disponíveis, é necessário que elas possam ser utilizadas por todos e com qualidade, ou seja, é preciso que os serviços da APS ofereçam atendimento universal, perto das

peças e para as peças. Uma atenção integral, conhecendo a vida, o cotidiano dos sujeitos, e que a partir disso sejam pensadas ações equitativas, atendimentos compatíveis com as diferenças, sem discriminação ou preconceito, devendo, sempre que necessário, ser “adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada.” (BRASIL, 2013, p. 27). Pois, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento das demandas dos imigrantes.

Entendo que, a partir do momento em que os serviços de saúde passarem a atender de forma justa e igualitária esta população, eles passarão a sentir-se mais acolhidos. Ao sair de seu país de origem estes migrantes passam por diversas situações. Eles chegam a um país onde a língua, direitos, deveres e costumes são diferentes daqueles aos quais estavam habituados. É necessário que haja uma atuação conjunta da administração pública e sociedade civil para implementar uma rede de cuidado e acolhimento a esta população. (Enfermeira/16ª CRS/Departamento de APS).

O SUS vem se desenvolvendo ao longo dos anos de modo paradoxal, pois tem implantado um conjunto de políticas de saúde includentes. (BRASIL, 2013). Ainda que o sistema de assistência à saúde no Brasil para a comunidade imigrante seja considerado defasado e distante do ideal, existem alguns avanços importantes no âmbito do SUS. Recentemente constataram-se movimentos significativos por parte da Secretaria Estadual de Saúde, como a Portaria³³ SES nº 512/2020 que aprova a nova Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, onde os migrantes, refugiados e apátridas são considerados como população específica dessa política de saúde. Além disso, a Portaria³⁴ 635/2021 define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de incentivos para a Atenção Primária em Saúde (PIAPS), onde serão distribuídos recursos com base na população de migrantes internacionais.

A inclusão dessa comunidade na Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, potencializa o direito do imigrante de acessar os serviços de saúde no Brasil, assim, a APS como porta de entrada do SUS, auxilia no processo da conquista da cidadania do estrangeiro em terras brasileiras. Para a enfermeira da 16ª CRS, coordenadora regional da Atenção Primária em Saúde, a inclusão dessas pessoas na Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, impede a violação de direitos a essa população, pois, entende-se que a construção de políticas

33 Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf>> Acesso em: 16 Mar. 2022.

34 Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/01101341-635.pdf>> Acesso em: 16 Mar. 2022.

públicas para a comunidade imigrante promove o respeito à diversidade cultural, efetivando assim, seus direitos.

É de fundamental importância essa inclusão, pois as ações devem ser implementadas a nível nacional. É necessário avançar nas discussões de políticas que busquem acolher, atender e encaminhar esta população garantindo seus direitos. (Enfermeira/16ª CRS/Departamento de APS).

A discussão a nível de coordenadoria especificamente sobre este tema é bastante recente já que no Estado esta política ainda está em estruturação. Penso que a partir de agora teremos mais subsídios para implementar ações junto aos municípios pensando em propostas que envolvam capacitação de profissionais da APS e gestores. (Enfermeira/16ª CRS/Departamento de APS).

“Entende-se por política as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos.” (SANTOS, 2010, p. 5). A falta de planejamentos e estratégias, ou pelo fato de as iniciativas voltadas para este fim serem esporádicas, impossibilita que cumpram sua função principal, a transformação de práticas e realidades.

Entendo que, a implementação destas políticas a nível federal e estadual, deu uma maior visibilidade às questões que envolvem os migrantes e a partir disto espera-se um incremento nas ações a serem desenvolvidas pela APS junto a esta população. (Enfermeira/16ª CRS/Departamento de APS).

Sem políticas públicas efetivas, imigrantes sobrevivem da solidariedade das pessoas, contudo, estes também são pessoas sujeitas a direitos como qualquer outra, e assim, merecem viver não apenas de caridade, mas como protagonistas de suas vidas. Desse modo, fala-se da importância da construção de políticas públicas, de tomada de decisão e intervenções para que seja possível minimizar conflitos e assim, atender essa comunidade com respeito e dignidade. Desse modo, reforça-se a importância da construção de políticas públicas específicas para os imigrantes, de modo que essas pessoas possam ser inseridas na sociedade, ajudando na integração, diminuindo as desigualdades de acesso, a exploração e a discriminação contra essa população que é tão rica em cultura, contribuindo muito para o desenvolvimento cultural e econômico do Brasil, do estado do Rio Grande do Sul e para a região pesquisada.

Sobre os princípios doutrinários do SUS nos atendimentos oferecidos aos imigrantes nas unidades de saúde pesquisadas, vê-se que algumas ações estão sendo realizadas no município, porém, foram observadas algumas fragilidades. Contudo, para que se possa realizar uma avaliação final do acesso dos imigrantes aos serviços, requer conhecer como está população avalia os atendimentos.

5.7 Avaliação do acesso pelos haitianos aos serviços da APS de Lajeado/RS

Entre os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, está também a participação popular. Uma das especificidades que chama a atenção na proposta das ESFs e UBSs e nas próprias diretrizes do SUS diz respeito à participação da comunidade. O controle³⁵ social pressupõe a efetiva participação da sociedade, não só na fiscalização da aplicação dos recursos públicos como também na formulação e no acompanhamento da implementação de políticas. Suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação.

Para Moimaz et al. (2010) o controle social fortalecido com o advento do SUS e o incentivo à participação da comunidade pressupõem uma concepção do usuário com competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema, a opinião dos usuários quanto à qualidade da atenção é considerada de extrema relevância quando se busca avaliar esses serviços. Assim, não se pode deixar de considerar sua percepção, a fim de contribuir para a melhoria do sistema de saúde.

A partir disso, é importante saber como a população imigrante adscrita às equipes da ESF São José Praia e da UBS Moinhos avaliam o atendimento oferecido, de modo a repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento. A melhoria das ações de saúde pode ser baseada no processo de avaliação apoiado na análise do sistema por meio da ótica do usuário, servindo de parâmetro para as ações e políticas de saúde.

Os imigrantes participantes da pesquisa avaliam os atendimentos positivamente. Eles relatam não sentirem necessidades de nada, os mesmos entendem que são bem atendidos, e da forma como está sendo feito está bom. Para Santos e Medeiros (2017) apesar das problemáticas existentes relacionadas ao SUS, verifica-se que, em certos casos, ocorre a satisfação de imigrantes com relação à atenção em saúde no Brasil, pois a aplicação da universalidade, junto a gratuidade, ultrapassa as possibilidades de atenção de imigrantes em muitos de seus países de origem.

Nada. Não tenho dificuldade, está tranquilo. É bom o atendimento. (Akin/ESF São José Praia). Para mim está tudo tranquilo. (Dolapo/ESF São José Praia).

35 Informação obtida do site do Governo Federal. Disponível em: <<https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/control-social>> Acesso em: 20, Mar. 2022.

A avaliação dos imigrantes sobre o SUS tem o potencial de identificar obstáculos e retrocessos, a fim de oferecer às equipes de saúde informações precisas e confiáveis a respeito do curso das ações, o que amplia as possibilidades de fazer correção de rumos. Nessa direção, o SUS favorece uma integração não apenas das políticas, mas também da população beneficiária a fim de estimular parcerias e gerar resultados mais efetivos do ponto de vista do impacto social. Assim, entende-se que deve-se apoiar a participação dos imigrantes na elaboração de propostas de redução de vulnerabilidades, de garantia de direitos, de prevenção e proteção em casos de violência. Deve-se focar no apoio a sua autonomia, isto é, sua capacidade de autodeterminação, gerência dos próprios assuntos e expressão de demandas em arenas públicas. (ACNUR, 2021).

É importantíssimo a participação e avaliação desses sujeitos sobre as ações do SUS, porém, acredita-se que possa haver receio dos imigrantes em relatar certas situações. No dia da realização das entrevistas, na ESF São José Praia, enquanto a pesquisadora aguardava na sala de espera da unidade de saúde, observou-se que durante este período, o serviço não estava lotado, com diversos bancos disponíveis, e esses bancos não estavam sinalizados para uso ou não, como forma de controlar o distanciamento social devido a pandemia, e mesmo assim, constatou-se que a população local aguardava o atendimento em pé, longe dos haitianos. Pareceu que a comunidade local estava distante dos haitianos ali presentes. Para Santos e Medeiros (2017) é importante que a sociedade consiga respeitar o direito fundamental e alienável de imigrantes à saúde, fato já assegurado em tratados internacionais e na Constituição Federal, pois “o acesso e a proteção da saúde dos imigrantes é uma dimensão importante da sua integração nas sociedades de acolhimento, assumindo-se como uma área transversal e com implicações nos vários domínios da vida dos imigrantes” (DIAS, et al. 2018, p. 14), o que contribui para a autonomia e segurança dos imigrantes em relatarem e denunciarem situações de violação de direitos.

Para a pesquisadora, as possíveis manifestações de exclusão inscritas na representação racial da diferença, está muito presente também em todas as falas da Gerusa da ESF São José Praia. Além de supor as necessidades, os trabalhadores também supõem o motivo da procura pelos serviços, a profissional citada anteriormente relata que os imigrantes buscam o serviço porque sabem que vão ganhar atestado, quando na verdade, ao apresentar sintomas gripais, é direito e extrema necessidade a busca pelos serviços de saúde por qualquer pessoa, uma vez que positivados pela Covid-19, e a doença não for constatada logo no início, o risco da

disseminação do vírus pode agravar, arriscando assim a vida do imigrante e das pessoas a sua proximidade.

Geralmente atendimento para quem está com gripe, porque eles sabem que vai ter atestado, segundo as pessoas que são mais próximas. Mas o que eles mais têm geralmente é gripe, acho porque eles trabalham nos frigoríficos que geralmente é bem frio lá. (Gerusa APS /ESF São José Praia).

Cabe destacar que Gerusa fala “segundo as pessoas mais próximas” o que evidencia que este tipo de comentário é constante na unidade. Para Delamuta et al. (2020) tal suposição gera nos trabalhadores da saúde um certo preterimento no atendimento aos imigrantes. Situações como esta, foi alvo de pesquisa dos autores supracitados, e foi constatado que atitudes que expressam a desqualificação da procura dos usuários pelos serviços de saúde, por parte dos trabalhadores do SUS, também foram observadas quando estes usuários são brasileiros, e apontou-se que a desqualificação é intensificada quando se trata de populações imigrantes.

É necessário salientar que querer entender o outro, familiarizando-se com suas práticas e formas de observar o novo contexto, sem presumir ou impor, é um sinal de respeito que certamente contribuirá para que o trabalho de proteção comunitária seja validado pela própria comunidade. (ACNUR, 2021). Os profissionais de saúde possuem importante papel na formação do estereótipo social do imigrante, e isso contribui para a caracterização de sua identidade na sociedade receptora. Isso também reflete no fortalecimento da participação social dessa população no Sistema Único de Saúde, o que é relevante para a integração dos imigrantes aos serviços públicos de saúde. A participação destes nas ações do SUS podem permitir um espaço mais humanizado e inclusivo aos imigrantes.

Durante a realização das entrevistas os imigrantes e os profissionais de saúde foram questionados sobre o que poderia ser feito para melhorar os atendimentos para essa população nas unidades da ESF São José Praia e na UBS Moinhos. Os imigrantes relataram que estava tudo ótimo, eles só queriam ser atendidos igual a todo mundo. Para os trabalhadores do SUS seria interessante a disponibilidade de mais uma tradutora, para que cada serviço possa ter em tempo integral uma pessoa para auxiliar os imigrantes na comunicação com as equipes, para que assim, os mesmos possam expressar melhor suas demandas em saúde e para que e os profissionais de saúde possam expor os tipos de tratamento com mais eficiência.

Além disso, aprender a cultura, o idioma do Haiti, ajudaria muito a facilitar o acesso, qualificando o serviço. Outra questão importante relatada pelas equipes seria a inclusão de alguns trabalhadores na saúde, como Agente Comunitário de Saúde (ACS), por exemplo, que fossem de nacionalidade estrangeira, o que para a equipe participante da pesquisa, a presença

de um trabalhador na saúde também imigrante, ajudaria no acolhimento dessa população nos serviços do SUS.

Para finalizar, a Acnur (2017) entende que os profissionais devem se entender como mediadores culturais, que facilitam e compreendem os problemas enfrentados pelas comunidades, mas, além disso, buscam soluções conjuntas, dentro dos próprios grupos e a partir da contribuição de atores externos. Sendo assim, com a realização desta pesquisa entende-se que ainda é preciso estimular o acesso a treinamentos e processos de formação com o intuito de fortalecer a compreensão da população sobre seus direitos e deveres enquanto pessoas imigrantes com base nas legislações nacional e internacional, e assim, estes serão capazes de se manifestar sem medo, mas com autonomia e segurança, como sujeitos de direitos fundamentais.

6. CONCLUSÃO

As imigrações internacionais provocam mudanças e novas dinâmicas nas sociedades de destino. Trata-se de um fenômeno complexo que coloca demandas a diversas áreas da vida e do conhecimento, entre elas, a saúde. A partir desse entendimento, este estudo buscou contribuir para reflexões sobre a dinamicidade do fluxo migratório internacional no Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando os desafios enfrentados pelos imigrantes e pelos trabalhadores do SUS no acesso aos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Lajeado/RS.

A influência cultural nos cuidados em saúde dos imigrantes tem se apresentado como um grande desafio para os profissionais pesquisados. Isso impõe necessidades de redefinirem novas abordagens nos atendimentos oferecidos para populações advindas de países com uma identidade cultural totalmente diferente dos hábitos culturais brasileiros. Entende-se que a interculturalidade em saúde pode contribuir para pensar os desafios dos processos de saúde, doença, cuidados e atenção entre imigrantes nos serviços da rede de Atenção Básica (AB).

Assim, para atender aos objetivos propostos, adotou-se como estratégia metodológica, o desenvolvimento de uma pesquisa do tipo qualitativa, com a realização de entrevista semiestruturada, e levantamento de dados secundários. Foram entrevistados quatro imigrantes internacionais de nacionalidade haitiana, oito profissionais de saúde, sendo eles: enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas e médicos, um de cada unidade de saúde pesquisada, sendo elas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) São José Praia e a Unidade Básica de Saúde Moinhos (UBS). Também participou da pesquisa, uma enfermeira coordenadora regional da Atenção Primária em Saúde da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde. Na análise dos dados qualitativos, empregou-se a técnica de análise de conteúdo, com as narrativas descritas na íntegra, apresentadas na forma de estrutura textual. Essas entrevistas contribuíram com importantes relatos descritivos na linguagem dos próprios participantes, possibilitando intuitivamente a criação de ideias sobre a forma como esses sujeitos interpretam sua realidade nesse contexto de imigração e saúde, dando resultado e sentido a esta dissertação de mestrado.

O levantamento de dados secundários foi realizado junto ao banco do Sistema de Registro Nacional Migratório (SISMIGRA), pelos relatórios do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), por dados que foram fornecidos pela Polícia Federal de Santa Cruz

do Sul/RS, dados estes, que foram disponibilizados via e-mail. Informações obtidas pelo site da Prefeitura Municipal de Lajeado/RS e por sites de comunicação do município. Além destes, foram obtidas informações sobre o número de imigrantes trabalhadores dos frigoríficos localizados perto das unidades de saúde pesquisadas, através do setor de Recursos Humanos da companhia de alimentos Minuano. Estes dados atribuíram valor a este trabalho científico contribuindo significativamente para uma percepção crítica sobre a realidade percentual da população imigrante no Brasil e na região investigada.

Cabe destacar que uma das principais dificuldades enfrentadas pela pesquisadora, foi o acesso de dados de imigração no município. Foram realizadas diversas tentativas e contatos com serviços da Secretaria Municipal de Assistência Social e da Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado/RS, a pesquisadora não obteve nenhuma informação, pois os relatos eram de que ninguém possuía nenhum conhecimento sobre o total de estrangeiros na cidade. Segundo informações da Vigilância Sanitária, nem pelo CadÚnico nem pelo sistema eletrônico de saúde, pois os imigrantes que moram na cidade, na sua maioria possuem CPF e RG com nacionalidade brasileira, e por conta disso, os que são cadastrados no CadÚnico e no sistema eletrônico de saúde estão com nacionalidade brasileira.

O aporte teórico da pesquisa amparou-se no método de abordagem do materialismo histórico e dialético, a partir de três categorias centrais de análise: a totalidade, a historicidade e a contradição. Para a realização de um estudo sobre o homem e a sua vida na sociedade, se utilizou deste método de abordagem, pois, o método de Marx, “afirma-se no processo de análise científica, como um método que vem explicar sobre a realidade social, a partir de posições filosóficas, visando entender todos os aspectos que venham caracterizar o desenvolvimento das forças que movimentam essa sociedade.” (UTTA; UTTA; GONZÁLEZ, 2019, p.4). Neste sentido, o método escolhido serviu para conhecer a realidade de vida e experiências dos sujeitos pesquisados no acesso aos serviços da APS.

Através da categoria da historicidade, encontrada nas discussões sobre o princípio da universalidade de acesso a todos os serviços de saúde, na história da criação do Sistema Único de Saúde e na história da formação do Vale do Taquari e Lajeado/RS, foi-se capaz de compreender como se dava o acesso à saúde pela população antes da construção do SUS, pois o cenário antes da sua consolidação era da oferta de serviços de saúde desigual, pois naquela época só atendiam de forma gratuita quem tinha registro em carteira de trabalho, o que não era a realidade da maior parte dos brasileiros, que precisavam recorrer a hospitais filantrópicos, universitários ou públicos. Hoje a saúde é direito de todos os brasileiros e estrangeiros

residentes do país, com acesso a medicamentos, tratamentos e cirurgias. A estrutura da saúde também mudou, antes da criação do SUS não havia integração entre diferentes esferas de governo, atualmente o SUS passou a ser administrado a partir de recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios. Organizado de forma, descentralizada, hierarquizada e regionalizada.

Sendo assim, com a historicidade entendeu-se a origem da imigração contemporânea no Vale do Taquari e Lajeado/RS, sendo que os imigrantes migram para essa região por conta do trabalho, e estes trabalhos são na sua maioria trabalhos de condição de precariedade, que assumem responsabilidade de alguns problemas de saúde dos imigrantes. Por sua vez, entendeu-se que a história da origem do SUS e da formação do VT e Lajeado/RS remetem o início de um contexto social e político que envolve a vida e o cotidiano dos sujeitos participantes da pesquisa, pois entende-se que a atualidade não pode ser vista de forma única, mas precisa-se realizar o exercício de reinterpretar o passado para entender o que se passa no presente. Assim, a partir da categoria da historicidade, enquanto categoria de análise que remete à história do sujeito foi útil para a análise da realidade e compreensão das relações, o que foi preciso considerar a simultaneidade assim como a sucessão das situações que a constituíram. (ANES; BERNARDES; FERREIRA, 2012). Todavia, diante da complexidade envolvida nesses cenários de saúde e imigração, o enfoque relacional e histórico foi fundamental.

A utilização da totalidade como expectativa para a pesquisa científica foi essencial, pois ao conectá-la em análises da imigração internacional na saúde pública, obtiveram-se resultados finais de investigação do objeto mais profícuos, pois através dela consegue-se transpor a “elaboração de uma representação caótica do todo” (MARX, 2009, p. 258) do objeto em análise. Diante disso, não se deve esquecer que a concepção de totalidade, é uma visão de conjunto para a compreensão dos objetos históricos, pois, quanto mais se cercar de elementos e da análise dos diferentes aspectos sejam políticos, culturais, econômicos entre outros, mais complexa e refinada ficará a sua compreensão do objeto. (PEREIRA, et al. 2017).

Para Pereira et al. (2017) o método dialético e sua concepção de totalidade apresentam-se como “conhecimento real” do que ocorre no conjunto do processo social. Assim, nesta pesquisa a categoria da totalidade foi encontrada nas discussões sobre o princípio da integralidade na atenção às demandas dos imigrantes e nas razões e características da imigração atual no Brasil. Para entender a totalidade dos imigrantes, foi necessário, entender os haitianos como um todo, desde as razões da sua imigração até suas condições de estadia no Brasil, só a partir disso, foi possível compreender as demandas em saúde dessa população, demandas que

envolvem questões culturais, condições de acesso à saúde desde o seu país de origem, dentre outros. Desse modo, a categoria da totalidade assumiu importância fundamental nesse sentido.

A categoria da contradição mostrou-se muito presente nas narrativas dos entrevistados. Sobre os desafios na saúde, em alguns aspectos entravam em contradição entre os profissionais de saúde e os imigrantes. As equipes de saúde entendem como desafios as questões do idioma, enquanto para os imigrantes entrevistados, a comunicação com as equipes é tranquila, os mesmos dispõem de tradutores, como conhecidos ou parentes que já residem no Brasil há mais tempo que eles. Para os imigrantes participantes da pesquisa, o que os estrangeiros precisam é de mais informações sobre o funcionamento do serviço, para eles seria interessante, recados, informativos sobre documentos, horários, que ficassem disponíveis para eles se organizarem quando buscarem a unidade. Para Oliveira, Oliveira e Santos (2012) na concepção marxista, a contradição se instaura devido aos fenômenos sociais que por conta de variáveis não se solucionam. Nesse sentido, pode-se enfatizar “a importância desse profissional em decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia; só assim poderá estabelecer um plano de cuidado adequado e coerente com as suas necessidades.” (CHUBACI; MERIGHI, 2002, p. 806).

O objetivo geral do estudo procurou verificar como se dá o acesso dos imigrantes, usuários do SUS, na rede de Atenção Primária em Saúde do município de Lajeado/RS. Baseados nos resultados desta investigação, conclui-se que os imigrantes são assistidos pelos serviços da APS em acordo com os princípios doutrinários do SUS, a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade no acesso a todos os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade para os imigrantes é atendida. As unidades de saúde pesquisadas ficam perto de onde os imigrantes trabalham e vivem, o que deixa os serviços mais acessíveis a eles, além disso, quando necessário estes são encaminhados para os serviços especializados dos outros níveis de atenção em saúde, a atenção secundária e a atenção terciária.

Sobre o princípio da integralidade da atenção às demandas em saúde dos imigrantes, alguns desafios persistem para efetivação desse princípio na condução dos atendimentos oferecidos para os imigrantes na região investigada. A integralidade não é apenas identificar o contexto social, político e econômico e a sua relação com a saúde do imigrante, isso implica também a resolução dessas questões na saúde desses sujeitos. Nas narrativas das entrevistas, pareceu que as ações de saúde para essa população fundamentam-se muito no modelo biomédico, sendo que em situação de contato intercultural, seria interessante a inclusão dessas pessoas em atividades de grupos e a realização de visitas domiciliares pelas equipes, atividades

com um modelo de atenção em saúde que lida com a cultura de forma muito mais dialética, interativa, considerando o interesse, o desejo, a cultura, o sujeito e seu contexto.

Quanto ao princípio da equidade, constatou-se a existência de ações equitativas para essas pessoas, porém, os discursos dos profissionais de saúde sobre os atendimentos aos imigrantes foram de tratá-los igualmente a qualquer outro usuário do serviço, esquecendo que o tratamento com equidade para a população de imigrantes é um direito e não um privilégio. Para mais, seria necessário a contratação de mais um tradutor para atender essas pessoas de forma integral nas duas unidades de saúde que mais atendem imigrantes, a ESF São José Praia e a UBS Moinhos.

Com base nas entrevistas, foi possível alcançar o primeiro objetivo específico que é identificar os desafios dos imigrantes e dos profissionais de saúde nos atendimentos oferecidos pelos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde do município de Lajeado/RS; O principal desafio dos profissionais de saúde é a comunicação, a barreira linguística. Seguida da pouca compreensão dos profissionais de saúde sobre os contextos sociais e culturais em que os usuários imigrantes estão envolvidos. Para os imigrantes, os mesmos relataram não possuir nenhuma dificuldade em acessar os serviços, porém eles relataram que os serviços poderiam fornecer mais informações sobre o funcionamento da unidade. Entende-se que a relação direta, o contato, a compreensão e a comunicação efetiva entre o profissional da saúde e o usuário é considerada, sem dúvida, um elemento muito importante para efetivar o acesso à saúde, o que a partir dos relatos das entrevistas, pareceu que essa comunicação não existe.

No segundo objetivo específico, buscou-se compreender as demandas em saúde dos imigrantes de Lajeado/RS, no contexto atual de pandemia causada pelo novo Coronavírus; As demandas em saúde dos imigrantes são na sua maioria de origem cultural. A religião é um fator de bastante relevância nesse contexto e entendeu-se que essas questões podem interferir na baixa adesão aos tratamentos. No Haiti o apelo aos curandeiros, a religião *vodu*, às ervas e chás é uma prática da população. O sistema de saúde público haitiano não é universal, sendo restrito ao espaço urbano; alguns serviços são ofertados por organizações não governamentais (ONG) e missões religiosas; prevalecendo o setor privado. Nos serviços de saúde pesquisados, as equipes acreditam que a baixa adesão aos tratamentos preconizados pelos profissionais pode ser explicada, dentre outros motivos, pela pouca familiaridade com a oferta de serviços no SUS, o que pode causar estranhamento aos haitianos, pois não há tal oferta no Haiti. Diante de culturas e religiões mais restritas a aceitação de mudanças, essa adaptação não ocorre de uma maneira linear, prejudicando o modo como o indivíduo se insere no campo de enfrentamento.

As condições de precariedade dos espaços de trabalho dos imigrantes são influências que também repercutiram como causadores de doenças crônicas nesses sujeitos, como a diabetes. Aspectos preventivos tornam-se prejudicados também, que por conta da restrição da procura pelo tratamento devido às concepções culturais dos imigrantes, alguns acabam sofrendo de doenças sexualmente transmissíveis, como foi questionado por uma técnica de enfermagem, quando a mesma relata um óbito de um imigrante porque este não quis realizar tratamento devido a sua cultura e religiosidade.

Sobre as demandas em saúde no contexto da pandemia da Covid-19, os imigrantes apresentam sintomas gripais. No momento, constatou-se baixa contaminação do vírus em imigrantes, o que foi diferente no início da pandemia, quando imigrantes trabalhadores de frigoríficos foram na sua maioria positivados devido às condições de trabalho nesses espaços.

Por fim, no terceiro objetivo específico, procurou-se analisar as estratégias de Promoção da Equidade em Saúde desenvolvidas pela rede de Atenção Primária em Saúde do município de Lajeado/RS; As narrativas mostram que algumas iniciativas concretas vêm sendo realizadas no município, em parceria entre a Secretaria de Saúde e as equipes de saúde das ESFs e UBSs. Nas unidades foram confeccionados materiais informativos para os imigrantes, com orientações quanto a prevenção da Covid-19 e orientações sobre os cuidados com a saúde das crianças, este traduzido pela própria pediatra da unidade. A gestão municipal de saúde também realizou a contratação de uma tradutora de nacionalidade haitiana para mediar a comunicação entre os imigrantes haitianos e as equipes de saúde.

As estratégias de promoção da equidade em saúde a determinados grupos, particularmente a população em situação de maior vulnerabilidade aqui discutida, os imigrantes, têm trazido a necessidade de desenvolver mecanismos de acesso diferenciados para essas pessoas, que apresentam características relacionais que os distinguem de outros segmentos sociais já incluídos na agenda dos serviços de saúde. Desse modo, concluiu-se que esse pensamento de desigualdade de acesso é preciso ser melhor trabalhado nas equipes de saúde pesquisada, de modo que esses profissionais acolhem e enxerguem esses imigrantes não como iguais a todo mundo, mas como pessoas igualmente sujeitas a acesso a direitos e políticas públicas como qualquer outro brasileiro, e é direito destes serem atendidos com equidade. Nesse sentido, entende-se a importância de se identificar corretamente as necessidades de saúde dos imigrantes e a partir disso estabelecer prioridades para implementação de políticas e programas para esses sujeitos que vivem em desigualdade de acesso em relação a outros grupos. Trata-se

de pensar políticas públicas que se adequem às condições de saúde e de vidas específicas dos imigrantes.

Sob outra perspectiva, foram identificados alguns avanços alcançados nos processos de inclusão desses grupos como, por exemplo, a inserção desses sujeitos na Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, além deste, os imigrantes estão para ser incluídos também na Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde. Os desdobramentos por meio das ações derivadas a partir disso se constituem como importantes indutores ao desenvolvimento dos processos de inclusão de imigrantes nos serviços da APS. Os cuidados em saúde acabam por constituir a porta de entrada para essa população nos serviços públicos, pois em algum momento haverá busca de alívio aos seus sofrimentos em contextos de serviços marcados por desafios nos processos de inclusão. Nessa perspectiva, não basta ter direito de acesso estabelecido para o atendimento como qualquer outro cidadão. 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.

Infere-se que as diferenças internas entre os imigrantes e os profissionais de saúde acabam suprimidas pela diferença cultural. As diferenças dessas pessoas, explicitadas pelo idioma ou por determinados costumes e comportamentos, entre outros, exige a construção de uma teia de relações formada dentro dos serviços envolvendo a identificação das reais demandas dos imigrantes, ações de trabalhadores e gestores em saúde sobre essas necessidades. Entende-se que garantir a universalidade, a equidade, a integralidade do cuidado a todos é algo bem desafiador. Se tratando dos imigrantes é muito mais intenso justamente por eles não terem uma política pública específica às suas necessidades. Contudo, não se pode negligenciar aquilo que é de direito do cidadão, pois diante dos resultados coletados nas entrevistas, entende-se que o acesso à saúde é concebido como um conjunto de circunstâncias, que não envolvem apenas a entrada dos usuários dentro dos estabelecimentos de saúde, mas a forma como esses são capazes de concentrar informações sobre suas condições de saúde e sobre como lidar com essas informações.

Depreende-se como consequência que os profissionais de saúde possuem poucos elementos para lidar com esse fenômeno complexo. Sobre a compreensão dos profissionais de saúde sobre a cultura dos imigrantes, é necessário desconsiderar suas formações acadêmicas, mas tentar transitar nestes diferentes contextos, valorizando o saber das pessoas e atentando para suas subjetividades, enquanto atores históricos de sua realidade cultural. Sendo assim,

salienta-se a importância de desenvolver formação adaptada aos diferentes perfis profissionais referentes às questões culturais dos imigrantes.

Entende-se também que os diversos fatores e aspectos da vida dos imigrantes estão envolvidos no processo de saúde e doença. São pontos que impactam de diferentes maneiras na apresentação prática da saúde na sociedade haitiana e que merecem serem estudados para um maior delineamento organizacional da saúde em um contexto prático. Foi observada também a ausência de respeito às diferenças e à diversidade, em relação a imigrantes, colocados em evidência nas narrativas de alguns profissionais.

No entanto, por ambas as partes, a qualidade dos atendimentos oferecidos nos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde de Lajeado/RS, foi avaliada com positividade. Os imigrantes avaliaram muito bem o atendimento que recebem, dizem ser respeitados pelos trabalhadores do SUS. Frente a isso, reforça-se a competência dessa população na participação popular do Sistema Único de Saúde, fortalecendo esses sujeitos a promover a otimização das ações de saúde destinadas a eles, exigindo o respeito às suas diversidades, a inclusão destes nos serviços de saúde como trabalhadores também não apenas como usuários, e que assim sejam representados.

Diante disso, acredita-se que esta dissertação de mestrado contribuirá para ampliar a qualificação dos profissionais de saúde nesse tema, bem como fortalecer a capacidade de formulação de políticas, programas e estratégias mais eficazes para responder às necessidades de saúde da população imigrante, fortalecendo e aprimorando o SUS. Por fim, buscou-se oferecer uma contextualização da temática das migrações internacionais e da saúde dessa população. O indicativo do potencial de reflexão proposto aponta na direção de apresentar elementos que possam ser debatidos em distintas situações, seja na área acadêmica em suas variações disciplinares, seja no contexto das políticas e dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ACNUR. **Convenção de 1951**. Brasil, 2018. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/convencao-de-1951/>> Acesso em: 12 Set. 2021.
- ACNUR. **Dados sobre refúgio no Brasil**. Brasil, 2021. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/dados-sobre-refugio-no-brasil/>> Acesso em: 12 Set. 2021.
- ACNUR. **Guia de proteção comunitária de pessoas indígenas, refugiadas e imigrantes**. Ministério da Cidadania, Brasília - DF, 2021. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/10/WEB-Guia-Protecao-comunitaria-de-pessoas-indigenas-refugiadas-e-imigrantes.pdf>> Acesso em: 20 Mar. 2022.
- ACNUR. **Refugiados**. Brasil, 2020. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/quem-ajudamos/refugiados/>> Acesso em: 07 Nov. 2021.
- ACNUR. **Um mês após o início da Guerra na Ucrânia, quase um quarto da população do país está deslocada**. Depoimento de Karolina Lindholm Billing, 25 de março de 2022. Brasil. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2022/03/25/um-mes-apos-o-inicio-da-guerra-na-ucrania-quase-um-quarto-da-populacao-do-pais-esta-deslocada/>> Acesso em: 11 Abril. 2022.
- ALMEIDA, Cristovão Domingos. **Migração e trabalho: relatos de haitianos em São Paulo**. Revista de Ciências Humanas e Sociais. V.4, n. 1 – Edição Especial – 2018. Disponível em: <<file:///C:/Users/Nab/Downloads/2738-Texto%20do%20artigo-643-1-10-20191113.pdf>> Acesso em: 20 Out. 2021.
- AMARANTE, Paulo. COSTA, Ana Maria. **Diversidade cultural e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: < > Acesso em: 12 set. 2021.
- ANES, Rodrigo Roncato Marques. BERNARDES, Cyntia Aparecida de Araújo. FERREIRA, Ione Mendes Silva. **A categoria historicidade nas pesquisas sobre professores no Centro-Oeste**. InterMeio: revista do Programa de Pós-Graduação em Educação, Campo Grande, MS, v.18, n.36, p.120-132, jul./dez.2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Nab/Downloads/2376-Texto%20do%20artigo-6989-1-10-20161101.pdf>> Acesso em: 18 Jan. 2022.
- ANJOS, Renato Lima dos. CARVALHO, Rejane Gomes. **A reprodução das desigualdades regionais no contexto do “novo desenvolvimentismo”**. XXIII Encontro Nacional de Economia Política. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ -12-15 de junho de 2018. Disponível em: <<https://sep.org.br/anais/Trabalhos%20para%20o%20site/Area%207/107.pdf>> Acesso em: 14 Out. 2021.
- APARECIDO, Julia Mori. AGUILHAR, Sergio Luiz Cruz. **A guerra entre a Rússia e a Ucrânia**. OCI - Série Conflitos Internacionais. V. 9, n. 1, Fevereiro de 2022. Disponível em: <<https://www.marilia.unesp.br/Home/Extensao/observatoriodeconflitosinternacionais/v.-9-n.-1-fev.-2022.pdf>> Acesso em: 11 Abril. 2022.
- BARBIANI, Rosângela. NORA, Carlise Rigon Dalla. SCHAEFER, Rafaela. **Práticas do enfermeiro no contexto da Atenção Básica: Scoping review**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2721. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/DC6TjSkqj7KhMQL4pkMS9f/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 15 Out. 2021.

BARBOSA, Raul Felix. **Integrando imigrantes e refugiados: Em busca de definições.** Caderno Eletrônico do Ciências Sociais, Vitória, v.6, n.1, pp. 24-43, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Nab/Downloads/Dialnet-IntegrandoImigrantesERefugiados-6632688.pdf> Acesso em: 27 Out. 2021.

BARDEN, Júlia Elisabete. **Dinâmica populacional e transformações socioespaciais: uma análise a partir da região do Vale do Taquari/RS.** Geosul, Florianópolis, v. 33, n. 66, p. 246-261, jan/abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/geosul/article/view/2177-5230.2018v33n66p246/36059> Acesso em: 23 Nov. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.

BITENCOURT, Silvana Maria. et al. **Lei de Migração no Brasil e a saúde de migrantes e refugiados/ as: quais avanços e desafios?** Campinas - Núcleo de Estudos de População - Nepo ; Unicamp - Observatório das Migrações em São Paulo/ FADISP, 2020. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/leimig/lei_mig.pdf> Acesso em: 24 julho. 2021.

BOSI, Antonio de Padua. **Trabalho e imigração: Os haitianos empregados nos frigoríficos do Oeste do Paraná.** Revista de História Regional 24(2):228-251, 2019 Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr> Acesso em: 15 Out. 2021.

BRANCO, Marisa Lucena. **O SUS na Fronteira e o Direito: Em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS.** 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/marisa_branco_sus_frenteira_direito.pdf.> Acesso em: 15 Jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea.** Cadernos de Atenção Básica, nº 28, Volume 1. 1ª edição - Brasília, DF. <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em: 10 Mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Unidade Básica de Saúde (UBS).** Brasília – DF, 2018. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>. Acesso em: 16 Jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cultura e Saúde.** Brasília – DF, 2021. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/cultura-e-saude> Acesso em: 28 Set. 2021.

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em: 05 Out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>
>Acesso em: 26 Out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento**. Biblioteca virtual em saúde do Ministério da Saúde. Brasília – DF: MS; 2008. Disponível em:
<<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>> Acesso em: 26 Out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília - DF: MS; 2002. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf> Acesso em: 27 Out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília - DF: MS; 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**. Brasília-DF: MS; 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf> Acesso em: 16 Mar. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opinioao_brasileiros1.pdf> Acesso em: 26 Out. 2021.

BRAUN, Fabiana. **O desafio da integração socioespacial de haitianos em Lajeado/RS (2010-2020)**. UFRGS - Porto Alegre, BR -RS. 2020. Disponível em:
<file:///C:/Users/USER/Desktop/haitianos.pdf> Acesso em: 07 Jan. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori. FILHO, Alberto Pellegrini. **A saúde e seus determinantes sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>>
>Acesso em: 20 Out. 2021.

CÂMARA DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO E SERVIÇOS DO VALE DO TAQUARI. CIC Vale do Taquari. **O Vale Taquari**. 2021. Disponível em:
<<http://www.valedotaquari.org.br/site/entidade/visualizar/id/19/?cic-vale-do-taquari.htm>>
Acesso em: 23 Nov. 2021.

CAMPELLO, Tereza. et al. **Faces da desigualdade no Brasil: Um olhar sobre os que ficam para trás**. Saúde Debate/Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 3, p. 54-66, novembro 2018. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xNhwkBN3fBYV9zZgmHpCX9y/?lang=pt&format=pdf>>
Acesso em: 14 Out. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Sete considerações sobre saúde e cultura**. Rev: Saúde e Sociedade. 11 (1): 105-115, 2002. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/whFWhts3bdyz4q8v35hWLZN/?format=pdf&lang=pt>>
Acesso em: 28 Set. 2021.

CARVALHO, Márcia Elisa Gonçalves. et al. **Cultura e Subjetividade em tempos de AIDS**. Londrina: 2005. p. 66,67,68.

CASTRO, Fátima Velez de. **A influência das redes sociais na estruturação geográfica do projecto migratório**. Imprensa da Universidade de Coimbra. DOI:

http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1197-6_3. 25-Mar-2022. Disponível em:
<<https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/39067/1/A%20influenca%20das%20redes%20sociais.pdf>>
Acesso em: 25 Mar. 2022.

CAVALCANTI, L. OLIVEIRA, T. MACEDO, M. **Imigração e Refúgio no Brasil Relatório Anual 2020. 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, 2020. Disponível em:
<<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>> Acesso em: 10 Jan. 2021.

CAVALCANTI, Leonardo. OLIVEIRA, Wagner Faria de. **Os efeitos da pandemia de Covid-19 sobre a imigração e o refúgio no Brasil: Uma primeira aproximação a partir dos registros administrativos**. PÉRIPLoS, Revista de Pesquisa sobre Migrações. 2020. Volume 4 – Número 2, pp. 11-35. Disponível em:
<<file:///C:/Users/Nab/Downloads/92895.pdf>> Acesso em: 07 Fev. 2022.

CAZAROTTO, Rosmari Terezinha. SINDELAR, Fernanda Cristina Wiebusch. **A dinâmica da imigração laboral internacional contemporânea: o caso do Vale do Taquari/RS no período de 2010-2018**. Geosul, Florianópolis, v. 35, n. 75, p. 257-279, mai./ago. 2020. Disponível em: <<http://doi.org/10.5007/1982-5153.2020v35n75p257>> Acesso em: 04 Jan. 2022.

CAZAROTTO, Rosmari Teresinha. et al. **Região do Vale do Taquari - RS: Perfil dos fluxos migratórios internacionais recentes**. Desenvolvimento Regional: Processos, Políticas e Transformações Territoriais Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 11 a 13 de setembro de 2019. Disponível em:
<<file:///C:/Users/USER/Downloads/trabalho%20e%20imigrantes%20em%20lajeado.pdf>>
Acesso em: 07 Jan. 2022.

CERUTTI, Bernadete Bregolin. **Migração, trabalho e gênero: Compreensão das territorialidades da imigração feminina internacional recente em municípios do Vale do Taquari, RS/Brasil**. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) Universidade de Santa Cruz do Sul, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/3208>>
Acesso em: 04 Jan. 2021.

CFESS, **Xenofobia**. Série: Assistente social no combate ao preconceito. 2017. Disponível em:
<<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno05-Xenofobia-Site.pdf>> Acesso em: 02 Jun. 2021.

CHUBACI, Rosa Yuka Sato. MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. **A comunicação no processo da hospitalização do imigrantes japônês**. Rev Latino-am Enfermagem 2002 novembro-dezembro; 10(6):805-12 Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/pw3QvtWsM5CynXFtrqXTYBH/?format=pdf&lang=pt>>
Acesso em: 17 JAN. 2022.

CIC - Câmara de Indústria, Comércio e Serviços Vale do Taquari, 2021. Disponível em:
Acesso em: 27 Nov.2021.

CIC - Câmara de Indústria, Comércio e Serviços Vale do Taquari, 2020. Disponível em:
Acesso em: 07 Dez.2021.

Comission on Social Determinants of Health. **Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences**. Geneva: WHO; 2005.

CORRÊA, José Carlos Severo. SILVEIRA, Rogério Leandro Lima. KIST, Rosane Bernadete Brochier. **Sobre o conceito de desenvolvimento regional: Notas para debate.** Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. G&DR. V. 15, N. 7, Edição Especial, P. 3-15, dez/2019. Taubaté, SP, Brasil. Disponível em: <file:///C:/Users/Nab/Downloads/5255-11562-1-PB.pdf> Acesso em: 14 Out. 2021.

COSTA, Da Marli Marlene Moraes. REUSCH, Patrícia Thomas. **Migrações Internacionais (Soberania, Direitos Humanos e Cidadania).** Passagens. Revista Internacional de história Política e Cultura Jurídica, Rio de Janeiro: Vol. 8, nº.2, maio-agosto, 2016.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima. OLIVEIRA, Marcelo Xavier. **Tendências comportamentais frente à saúde de imigrantes brasileiros em Portugal.** Psicologia & Sociedade; 22 (3): 548-557, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/TWGDk8qhRhggYmSgcXjqHph/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 20 Out. 2021.

DAMASCENA, Dhuliane Macêdo. VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do. **Tipologias da precarização do trabalho na Atenção Básica: Um estudo netnográfico.** Trabalho, Educação e Saúde, vol. 18, núm. 3, e00273104., 2020/Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4067/406761158004/html/> Acesso em: 26 Out. 2021.

DELAMUTA, Karly Garcia. et al. **Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Pará, Brasil.** Cad. Saúde Pública 2020; 36(8):e00087019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/V33PNVdwyvKB9Tk6PNKdzZh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 26 Out. 2021.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1980.

DIAS, S. e GONÇALVES, A. **Migração e Saúde.** Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp15-26, 2007.

DIEHL, Fernando. **As ressignificações do conceito de raça e o racismo contra os imigrantes haitianos no Brasil.** XVI Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea/ UNISC, 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/index> Acesso em: 19 Julho. 2021.

DIEHL, Fernando. **O processo de formação do estereótipo dos imigrantes haitianos em Lajeado, Rio Grande do Sul.** PERIPLoS/ GT GLACSO – Migración Sur-Sur/ Volume 01- Número 01. Pg. 111-117. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Nab/Downloads/download.pdf> Acesso em: 04 Jan. 2021.

ESCORE, Sarah. **Equidade em Saúde.** FIOCRUZ - Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html#:~:text=O%20termo%20e%20q%20C3%BCidade%20C3%A9%20de,a%20C3%A7%20C3%B5es%20e%20servi%20C3%A7os%20E%20%20de%20sa%20C3%BAde.> Acesso em: 16 Jan.2022.

EVALDT, Liziani Scheffer. **Realidade do aluno: Em busca de um novo olhar.** Repositório UFRGS- POA. 2010. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37729/000821779.pdf?...1> Acesso em: 01 Mar. 2022.

FAQUETI, Amanda. GRISOTTI, Marcia. RISSON, Ana Paula. **Saúde de imigrantes haitianos: revisão de estudos empíricos qualitativos.** Interface (Botucatu). 2020; 24: e190311. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/icse/a/NcZtKQ6436cP7YzXDNstD8D/?format=pdf&lang=pt>>
Acesso em: 15 Jan. 2022.

FAQUIN, Evelyn Secco. Et al. **Atendimento à imigrantes recentes nas Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social: A equidade em questão.** Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018. Disponível em:
<<file:///C:/Users/Nab/Downloads/ekeys,+ATENDIMENTOS+A+IMIGRANTES+RECENDES+NAS+POL%C3%8DTICAS+P%C3%9ABLICAS+DE+SA%C3%9ADE+E+ASSIST%C3%8ANCIA+SOCIAL+A+EQUIDADE+EM+QUEST%C3%83O.pdf>> Acesso em: 05 Out. 2021.

FARAH, Paulo Daniel. **Combates à xenofobia, ao racismo e à intolerância.** Revista USP São Paulo; n. 114, p. 11-30; julho/agosto/setembro 2017. Disponível em:
<<file:///C:/Users/USER/Downloads/142365-Texto%20do%20artigo-280766-1-10-20180116.pdf>> Acesso em; 16 julho.2021.

FIOCRUZ, 2016. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.** Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br>> Acesso em: 20 Out.2021.

FIOCRUZ, 2018. **Iniquidades em saúde.** Disponível em:
<<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/iniquidades-em-saude/>> Acesso em: 27 Out. 2021.

FRAGA, Aline Mendonça. OLTRAMARI, Andrea Poletto. **Imigrantes internacionais e o estado do Rio Grande do Sul e a pandemia de Covid-19.** Impactos da pandemia de Covid-19 nas migrações internacionais no Brasil: Resultados de pesquisas. PUC-MINAS/UNICAMP. Setembro, 2020. Pg. 443-476. Disponível em:
<https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/impactos_pandemia/COVID%20NAS%20MIGRA%C3%87%C3%95ES%20INTERNACIONAIS.pdf> Acesso em: 10 Fev. 2021.

GRANADA, Daniel. et al. **Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana.** Rev: Interface Comunicação Saúde Educação.2017; 21(61):285-96. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1414-3283-icse-21-61-0285.pdf>>
Acesso em: 10 maio, 2021.

GRANADA, Daniel. GRISOTTI, Marcia. DETONI, Priscila Pavan. et al. **Saúde e migrações: a pandemia de Covid-19 e os trabalhadores imigrantes nos frigoríficos do Sul do Brasil.** Rev: Scielo Horiz. Antropol. Porto Alegre, ano 27, n. 59, p. 207-226, jan. /abr. 2021. Disponível em: <<docs.google.com/document/d/1I2lc8KBcyaNU942QxamgVlk-plumtDfv/edit>> Acesso em: 31 maio.2021.

GRANADA, D. et. al. **Migrações contemporâneas: relações de trabalho e direitos humanos no caso dos haitianos no sul do Brasil.** In: MEJÍA, M. G. (org.). Migrações e direitos humanos: problemática socioambiental. Lajeado: Ed. da Univates, 2017. p. 149-156.

GOLÇALVES, Marla Ortellinda Barros. **Migrações e Desenvolvimento.** Ed. Fronteiras do Caos, Coleção Os Portugueses no Mundo. Jan. 2009.

GUERRA, Katia. VENTURA, Miriam. **Bioética, imigração e assistência à saúde: Tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países.** Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (1): 123-129. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Bjx3pCWycxxjHDSZ5yMn7yg/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 07 Out. 2021.

HALL, Stuart. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

HINO, Paula. Et al. **Necessidades em saúde e atenção básica: Validação de instrumentos de captação**. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(Esp 2):1156-67. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hvBsDqXtTGgJjpJpdXr3wDw/?format=pdf&lang=pt.>> Acesso em: 28 Set. 2021.

IBGE (2010) Censo Demográfico 2010.

IBGE (2020) Censo Demográfico 2020.

IBGE CIDADES (2017). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/lajeado/historico>> Acesso em: 14 Dez. 2021.

IUNES, Roberto F. **Demanda e demanda em saúde**. Faculdade de Saúde Pública – USP/1995. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9772/1/Demanda.pdf>> Acesso em: 20 Out.2021.

JÚNIOR, Sílvio Barbosa da Silva. FERREIRA, Marcos Antonio Garcia. **Rodovias em áreas urbanizadas e seus impactos na percepção dos pedestres**. Sociedade & Natureza, Uberlândia, 20 (1): 221-237, jun. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sn/a/kp59PgnFGvMkHPGpkyFmHBP/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 06 Jan. 2022.

KREUTZ, Marcos Rogério. MACHADO, Neli T. G. **O povoamento do Vale do Taquari, Rio Grande do Sul**. 1. ed. rev. – Lajeado: Editora da Univates, 2017. Disponível em: <https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/223/pdf_223.pdf> Acesso em: 14 Dez. 2021.

LEÃO, Augusto Veloso. FERNANDES, Duval. **Políticas de imigração no contexto da pandemia de Covid-19**. Impactos da pandemia de Covid-19 nas migrações internacionais no Brasil: Resultados de pesquisas. PUC-MINAS/UNICAMP. Setembro, 2020. Pg. 20-34. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/impactos_pandemia/COVID%20NAS%20MIGRA%C3%87%C3%95ES%20INTERNACIONAIS.pdf> Acesso em: 10 Fev. 2021.

LINO, Leandro Souza. et al. **Desigualdade Social e Desenvolvimento Regional: Um estudo de caso da Microrregião Centro-oeste do Espírito Santo**. Rev: Ifes Ciência. Volume 7/ Número 7/ 2021- p. 01-22. Disponível em: <<https://ojs.ifes.edu.br/index.php/ric/article/view/1164/791>> Acesso em: 14 Out. 2021.

LUCCI, Carmem. MARINUCI, Roberto. **Vulnerabilidade social em contexto migratório**. CSEM – Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios de Brasília/DF. 2018. Disponível em: <https://www.csem.org.br/wp-content/uploads/2018/08/vulnerabilidades_dos_migrantes.pdf> Acesso em: 29 Set. 2021.

MARTES, Ana Cristina Braga. SOARES, Weber. **Remessas de recursos dos imigrantes**. ESTUDOS AVANÇADOS 20 (57), 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/y4TgwgmlBMTkJNmWHrKhNPs/?lang=pt>> Acesso em: 09 Mar. 2022.

MARTIN, Denise. GOLDBERG, Alejandro. SILVEIRA, Cássio. **Imigração, refúgio e saúde: Perspectivas de análise sociocultural**. Dossiê / Saude soc. 27 (1) Jan-Mar 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870>> Acesso em: 26 Out. 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção Primária à Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, Dicionário Educação da Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em: 02 jun. 2021.

MATOS, Izabella Barison. et al. **Haitianas, formação médica e Sistema Único de Saúde**. ISSN 1982-8829 Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 14(3), 115-134 set, 2020. Epub mai/2021. Disponível em: <<file:///C:/Users/USER/Downloads/2702-Texto%20do%20Artigo-10135-1-10-20210616.pdf>> Acesso em: 15 Jan.2021.

MONTERO, Paula. **Multiculturalismo, identidades discursivas e espaço público**. Revista Sociologia & Antropologia, v.2, n. 4, Rio de Janeiro; outubro/dez 2012.

MOTA, C. V. **Covid-19 se alastra em frigoríficos e põe brasileiros e imigrantes em risco**. BBC News Brasil, São Paulo, 22 jul. 2020. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53477319>. Acesso em: 20 Out. 2021.

MOTA, Kátia Santos. **Aulas de português fora da escola: Famílias imigrantes brasileiras, esforços de prevenção da língua materna**. Cad. Cedes, Campinas, vol. 24, n. 63, p. 149-163, maio/ago. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ccedes/a/4kCkkVFFBJwBNWthfV3WRTR/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 15 Jan. 2022.

MOTTA, Fernando C. Prestes. ALCADIPANI, Rafael. BRESLER, Ricardo B. **A valorização do estrangeiro como segregação nas organizações**. Rev. adm. contemp. 5 (spe) • 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rac/a/Vvw4DYG5TDyHcSbf6cJrNXy/?lang=pt>> Acesso em: 13 Marc. 2022.

MOTIZUKI, Katia Regina Nunes. et al. **Atenção à saúde aos imigrantes haitianos na visão de trabalhadores e gestores em Cuiabá, Mato Grosso**. Connectionline n.20 - 2019 ISSN 1980-7341. Disponível em: <<file:///C:/Users/USER/Downloads/1225-3876-1-PB.pdf>> Acesso em: 14 Jan. 2020.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de. et al. **Formação e qualificação de profissionais de saúde: Fatores associados à qualidade da Atenção Primária**. Revista Brasileira de Educação Médica. 40 (4) : 547-559; 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/9xmh853N9RkL7F8x97XFxxh/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 21 Out. 2021.

OLIVEIRA, Wagner. et al. **Inserção de imigrantes no mercado de trabalho: Integração de dados e análise dos novos fluxos**. 19º Congresso Brasileiro de Sociologia. 9 a 12 de junho de 2019. UFSC – Florianópolis, SC. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/29135>> Acesso em: 09 Fev. 2022.

Organização Internacional para as Migrações (OIM). **Protocolo de Assistência a Migrantes em Situação de Vulnerabilidade**. Organização Internacional para as Migrações – Brasil Casa da ONU – SEN 802, Conjunto C, Lote 17 Brasília-DF, Brasil / 70800-400. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/GLO-ACT/OIM_Protocolo_1.pdf> Acesso em: 28 Set. 2021.

Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde.** Documento de discussão- VII. Rio de Janeiro, Brasil, 2011. Disponível em:

<https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf> Acesso em: 20 Out. 2021.

PADILLO, Alejandro Ruiz. SILVEIRA, Caroline Alves da. TORRES, Tânia Bastistela. **Sistemas de Transporte: Introdução, conceitos e panorama: Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.** UFSM-CS, 2020. 162p. Disponível em:

<<https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/266/2020/09/Sistemas-de-Transporte.-Introducao-conceitos-e-panorama.pdf>> Acesso em: 06 Jan. 2022.

PEIXOTO, João. **As teorias explicativas das migrações: Teorias Micro e Macro-Sociológicas.** SOCIUS – Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações Instituto Superior de Economia e Gestão Universidade Tecnica de Lisboa . N° 11/2004. Disponível em: <<https://socius.rc.iseg.ulisboa.pt/publicacoes/wp/wp200411.pdf>> Acesso em: 25 Mar. 2022.

PEIXOTO, João. **Da era das migrações ao declínio das migrações? A transição para a mobilidade revisitada.** REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, v. 27, n. 57, dez. 2019, p. 141-158. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/remhu/a/P5ZMqp36bsc4Hy7nZP6Fr4s/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 25 Mar. 2022.

PLANCHER, Indy. **Análise comparativa dos Sistemas de Saúde do Haiti e do Brasil enquanto ao modelo de gestão, modelo de atenção, modelo de financiamento e recursos humanos.** UNILA - Foz do Iguaçu. 2018. Disponível em:

<<https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/4283/TCC%20para%20UNILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 08 Jan. 2022.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAJEADO (2018-2021). Novembro de 2017.

Disponível em:

<<https://www.lajeado.rs.gov.br/?template=abreAnexos&arquivo=UGxhbm8gTXVuaWNpcGFsIGRIIFNh%2BmRlIDIwMTggMjAyMS5wZGY%3D&nomeArquivo=Plano%20Municipal%20de%20Sa%FAde&categoriaDownload=1>> Acesso em: 14 Dez. 2021.

PONTES, Ana Paula Munhen. et al. **O princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde: O que pensam os usuários?** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 500-07. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ean/a/FGxx6mRxgRTDNVByFycsMpQ/?format=pdf&lang=pt#:~:text=O%20SUS%20foi%20criado%20pela,e%20%C3%A0s%20diretrizes%20do%20SUS.>>> Acesso em: 01 Mar.2022.

RAMOS, Natália. **Saúde, migração e direitos humanos.** Mudanças – Psicologia da Saúde, 17 (1), jan-jun 2009, 1-11p.

RASERA, Emerson Fernando. ROCHA, Rita Martins Godoy. **Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 1, p. 35-44, jan./mar. 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pe/a/ptvGxntr4PMR7QPYVBCXzDM/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 27 Out. 2021.

RAIS. **Portal de imigração.** 2018. Disponível em: <<https://portaldeimigracao.mj.gov.br>> Acesso em: 20 Out. 2021.

RAIS. **A inserção do imigrante qualificado no mercado formal de trabalho brasileiro 2010 a 2019.** OBMIGRA. Relatório RAIS.Brasília/DF - Brasil. 2020. Disponível em: <[https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorios_RAIS/OBMigra_RAIS%202020_v3%20\(6\).pdf](https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorios_RAIS/OBMigra_RAIS%202020_v3%20(6).pdf)> Acesso em: 07 Jan. 2022.

REIS, Claudio Araujo. **Rousseau e a arte de observar e julgar os homens.** KRITERION, Belo Horizonte, nº 105, Jun/2002, p.67-96. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/kr/a/ySzgSZTZTYNrXySJcTBq8rp/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 08 Fev. 2022.

RODRIGUES, Igor de Assis. CAVALCANTE, João Roberto. FAERSTEIN, Eduardo. **Pandemia de Covid 19 e a saúde dos refugiados no Brasil.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300306, 2020. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n3/e300306/pt>> Acesso em: 01 out.2020.

ROSA, Ivandro Carlos. **O processo de emancipação municipal e a urbanização do município de Lajeado/RS.** UNIVATES-Lajeado. 2012. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/279/1/IvandroRosa.pdf>> Acesso em: 06 Jan. 2022.

ROSA, Ivandro Carlos. **Fluxo migratório Haitiano dinamizador de espaços em um pequeno município do Vale do Taquari - Rio Grande do Sul - Brasil.** UNIVATES - Lajeado. 2021. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/2951/1/2021IvandroCarlosRosa.pdf>> Acesso em: 07 Jan. 2022.

ROSA, João Vitor Nóbrega. **A inserção do migrante no mercado de trabalho brasileiro.** PUC-Goiás. 2020. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1335/1/TC-Joao_Vitor_Nobrega_Rosa.pdf> Acesso em: 08 Fev. 2022.

SÁ, Patrícia Rodrigues Costa de. FERNANDES, Duval Magalhães. **Amazonian Gateways: A rota de acesso de imigrantes até o Brasil pela região norte.** Trabalho submetido ao Seminário “Migrações Internacionais, Refúgio e Políticas”, a ser realizado no dia 12 de abril de 2016 no Memorial da América Latina, São Paulo. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/anais/arquivos/30_PRCs.pdf> Acesso em: 06 jan.2021.

SANCHES, Fabiana J.A. VILLAÇA, Leda Maria de Souza. **Os desafios da equidade no contexto da Saúde da Família.** Anais Gestão Pública e Igualdade. 2014. Disponível em: <<http://www.site.ajes.edu.br/jornada/arquivos/20140711210155.pdf>> Acesso em: 05 Out. 2021.

SANCHEZ, Raquel Maia. CICONELLI, Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde.** Rev Panam Salud Publica 31(3), 2012. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>> Acesso em: 15 Jan.2022.

SANTIN, Valter Foletto. **Migração e discriminação de trabalhador.** Brasília a. 44 n. 175 jul/set.2007. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-RMbJO7knXAJ:https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/44/175/ril_v44_n175_p147.pdf+&cd=13&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 09 Fev. 2022.

SANTOS, Heloisa Souza dos. MEDEIROS, André Aparecido. **Migração e acesso aos serviços de saúde: A necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos**

humanos. UNESP - FMB. 2017. Disponível em:

<<http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf>> Acesso em: 01Mar. 2022.

SANTOS, Marisilvia dos. et. al. **Imigrantes e nativos digitais: Um dilema ou desafio na educação?** SIRSSE - PUC/Curitiba. Novembro - 2011. Disponível em:

<https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5409_3781.pdf> Acesso em: 16 Jan. 2022.

SANTOS, Neusa Maria dos. **A organização da saúde no Rio Grande do Sul.** Rev: Gestão e Saúde. Curitiba, v. 1, n. 3, p1-10. 2010. Disponível em:

<<https://www.herrero.com.br/files/revista/file124a1536ef0f9984e8db2e4a5391cd09.pdf>> Acesso em: 07 Jan. 2022.

SANTOS, Roberta Lemos dos. GOMES, Andréia Patrícia. NARCISO, Luciana. **Mistanásia hoje: pensando as desigualdades sociais e a pandemia COVID-19.** Portal Fiocruz. 2020. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/mistanasia_hoje_-_pensando_nas_desigualdades_sociais_e_a_pandemia_covid-19_doi_.pdf> Acesso em: 24 out. 2020.

SANTOS, Tatiana Vasques Camelo dos. PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **Demandas cotidianas na Atenção Primária: O olhar de profissionais da saúde e usuários.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 149-56. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tce/a/3wyjtDpJqzN5Dmt667XjycR/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 28 Set. 2021.

SAYAD, A. **La doble ausencia: De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado.** Barcelona: Anthropos Editorial, 2010.

SCHEIBE, Aline Cristiane. PICCININI, Livia Teresinha Salomão. BRAGA, Andrea da Costa. **Evolução urbana do município de Lajeado: Um estudo configuracional.**

Territórios, Redes e Desenvolvimento Regional: Perspectivas e desafios/ Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 13 a 15 de setembro de 2017. Disponível em:

<<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/viewFile/16725/4388>> Acesso em: 23 Nov. 2021.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/equidade>. > Acesso em: 19 maio. 2021.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, GOVERNANÇA E GESTÃO. 2020. **Conselhos Regionais de Desenvolvimento – COREDEs.** 2020. Disponível em:

<<https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/conselhos-regionais-de-desenvolvimento-coredes>> Acesso em: 23 Nov. 2021.

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO, MOBILIDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL – SEPLAN. **Perfil Socioeconômico Corede Vale do Taquari.** Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional. Departamento Governamental. Porto Alegre, 2015. Disponível em:

<https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/201603/17095341-perfis-regionais-2015-vale-do-taquari.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2019.

SILVA, Cleonice Barbosa da. **Profissionais de saúde em contexto indígena: Os desafios para uma atuação intercultural e dialógica.** ANTROPOS Revista de Antropologia – Ano 5

– Volume 6. 2018. Disponível em:

<<https://revista.antropos.com.br/downloads/dez2013/Artigo-1-Profissionais-de-saude-em-contexto-indigena-Cleonice-Barbosa-da-Silva.pdf>> Acesso em: 26 Out. 2021.

SILVA, Leda Maria Messias da. LIMA, Sarah Somensi. **Os imigrantes no Brasil, sua vulnerabilidade e o princípio da igualdade.** Rev. Bras. Polít. Públicas (Online), Brasília, v. 7, nº 2, 2017 p. 384-403. Disponível em: <<https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/4804/pdf>> Acesso em: 31 maio.2021.

SILVA, Marcus Tolentino. GALVÃO, Taís Freire. **Uso de serviços de saúde entre adultos residentes na Região Metropolitana de Manaus: Inquérito de base populacional, 2015.** Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 26(4):725-734, out-dez 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/ress/2017.v26n4/725-734/pt>> Acesso em: 30 Set. 2021.

SILVA, Nuno Francisco Ferreira. **Teoria da vinculação.** FMUP - 2014. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/143404073.pdf>> Acesso em: 16 Jan. 2022.

SILVA, Sidney Antônio. **Imigrantes internacionais no estado do Amazonas e a pandemia de Covid-19.** Impactos da pandemia de Covid-19 nas migrações internacionais no Brasil: Resultados de pesquisas. PUC-MINAS/UNICAMP. Setembro, 2020. Pg. 147-178. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/impactos_pandemia/COVID%20NAS%20MIGRA%C3%87%C3%95ES%20INTERNACIONAIS.pdf> Acesso em: 10 Fev. 2021.

SILVA, Tharsila Martins Rios da. ALVARENGA, Márcia Regina Martins. OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Como identificar as necessidades em saúde no contexto da saúde da família?** An Congr Bras Med Fam Comunidade. Belém, 2013 Maio; 12:473. Disponível em: <<file:///C:/Users/Nab/Downloads/673-1308-1-SM.pdf>> Acesso em: 28 Set. 2021.

SINDELAR, Fernanda Cristina Wiebusch. **Análise da dinâmica da estrutura produtiva do COREDE Vale do Taquari no período de 1985 a 2014.** 2016/ Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento – PPGAD/UNIVATES. Disponível em: <https://www.pucrs.br/face/wp-content/uploads/sites/6/2016/03/45_FERNANDA-CRISTINA-WIEBUSCH-SINDELAR.pdf> Acesso em: 07 Dez. 2021.

SOUSA, Flávia Ohana. et. al. **Os desafios das imigrantes venezuelanas e o desemprego em tempos de pandemia de Covid-19: Estudo de caso na associação da comunidade venezuelana em Cuiabá/MT.** Instituto Federal de Mato Grosso. 2020. Disponível em: <https://gestaopublica.vgd.ifmt.edu.br/media/filer_public/d1/93/d19340ae-59e2-4a8b-8ca1-f46594ad5e39/tcc_2020_2_os_desafios_das_imigrantes_venezuelanas_e_o_desemprego_em_tempo_de_pandemia_covid-19_estudo_de_caso_na_associacao_da_comunidade_venezuelana_em_cuiaba_mt.pdf> Acesso em: 16 Jan. 2022.

SOUZA, Aline Corrêa de. et al. **A educação em saúde com grupos na comunidade: Uma estratégia facilitadora da promoção da saúde.** Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 ago;26(2):147-53. Disponível em: <<file:///C:/Users/Nab/Downloads/4547-14562-1-PB.pdf>> Acesso em: 27 Out. 2021.

SOUZA, Itamar de. **Migrações internas no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1980.

SOUZA, Diego de Oliveira. SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da. SILVA, Neuzianne de Oliveira. **Determinantes sociais da saúde: Reflexões a partir das raízes da “questão social”.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YJcDtBH4hX3prjZDtXCSMPk/?lang=pt&format=pdf>>
Acesso em: 27 Out. 2021.

SPINELLI, Fabiana Braun. BRAGA, Andrea da Costa. SCHEIBE, Aline Cristiane. **Integração Socioespacial de imigrantes haitianos na cidade de Lajeado, Brazil: Um estudo configuracional-Análise da centralidade.** Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. G&DR • v. 14, n. 2, p. 371-397, jan/2018 (ed. especial), Taubaté, SP, Brasil. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/document.pdf> Acesso em: 07 Jan.2022.

SUS, A saúde do Brasil. CCMS. 2016. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/sus/determinantes.php>> Acesso em: 27 Out. 2021.

TESSER, Charles Dalcanale. NORMAN, Armando Henrique. VIDAL, Tiago Barra. **Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: Situação, problemas e estratégias de superação.** Saúde debate/RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 361-378, SETEMBRO 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?lang=pt&format=pdf>>
Acesso em: 26 Out. 2021.

TELES, Gabriel. **As contribuições da categoria da totalidade para a análise dos movimentos sociais.** Revista Alamedas. Vol.6,n.2, 2018. Disponível em: <<https://e-revista.unioeste.br/index.php/alamedas/article/view/19001/12820>> Acesso em: 01 Marc. 2022.

THEIS, Ivo Marcos. **O que é Desenvolvimento Regional? Uma aproximação a partir da realidade brasileira.** Redes (Santa Cruz do Sul. Online), v. 24, n. 3, p.334-360, setembro-dezembro, 2019. ISSN 1982-6745. Disponível em: <file:///C:/Users/Nab/Downloads/13670-Texto%20do%20Artigo-59069-2-10-20200819%20(1).pdf >Acesso em: 14 Out. 2021.

TRAVASSOS, Claudia. MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004. Disponível em:
<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/Revisao14.pdf >
Acesso em: 15 set. 2021.

UTTA, Bergson Pereira. UTTA, Ádria Karoline de Aquino. GONZÁLEZ, Fredy Enrique. **O materialismo histórico dialético como método para a pesquisa em educação.** CONEDU-2019. Disponível em:
<https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV127_MD1_SA4_ID7010_15082019094912.pdf >Acesso em: 17 Jan. 2022.

VALADÃO, Marina. **Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais.** Interface-Comunicação, saúde, educação 2002; 6 (11): 11-24.

VENTURA, Deise de Freitas Lima. **Pandemia e estigma: Nota sobre as expressões “Vírus Chines” e “Vírus de Wuhan”.** 588 Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19 – Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” - Nepo/Unicamp, 2020. 636p.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. YUJRA, Veronica Quispe. **Saúde de migrantes e refugiados.** Editora Fio Cruz. 2019.

WERNECK, Guilherme Loureiro. CARVALHO, Marília Sá. **A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada.** Editora Editorial. Cad. Saúde Pública

2020; 36(5): e00068820. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1100955>> Acesso em: 24 out. 2020.

ZANCHET, Mateus João. **A importância da BR 386 para o desenvolvimento do Vale do Taquari**. UNIJUI-RS.2013. Disponível em: <<https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/1563/monografia.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=As%20malhas%20rodovi%C3%A1rias%20presentes%20no,mais%20diversas%20regi%C3%B5es%20do%20estado.>> Acesso em: 07 Jan. 2022.

Jornais e Sites

AGORA NO VALE. **Lajeado e Encantado estão entre os municípios do RS que mais receberam imigrantes nos últimos anos**. 2021. Disponível em: <<https://agoranovale.com.br/noticias/lajeado-e-o-8o-municipio-do-rs-que-mais-recebeu-imigrantes-nos-ultimos-anos/>> Acesso em: 15 Jan. 2022.

BBC NEWS BRASIL. **Covid-19 se alastra em frigoríficos e põe brasileiros e imigrantes em risco**. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53477319>> Acesso em: 03 Fev. 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS no seu município: Garantindo saúde para todos**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf> Acesso em: 12 Mar. 2022.

CARAVELA DADOS ESTATÍSTICOS. **Lajeado RS**. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7jnj9AaJWCoJ:https://www.caravela.info/regional/lajeado---rs+&cd=14&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 12 Mar. 2022.

CORONAVÍRUS BRASIL. **Coronavírus**. 2022. Disponível em: <<https://www.google.com/search?q=coronavirus+brasil&oq=coronavirus&aqs=chrome.1.69i57j0i27112.4194j0j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8>> Acesso em: 06 Jan. 2022.

COVID-19 LAJEADO. **Comitê de Enfrentamento do Coronavírus - Lajeado: Indicadores**. 2022. Disponível em: <https://www.hbb.com.br/servicos/covid_lajeado> Acesso em: 10 Jan. 2022.

FIOCRUZ. **Os Determinantes Sociais da Saúde**. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/os-dss-na-oms/>> Acesso em: 07 Nov. 2021.

G1 RIO GRANDE DO SUL. **Lajeado tem maior desenvolvimento socioeconômico do RS, diz Firjan**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/06/lajeado-tem-maior-desenvolvimento-socioeconomico-do-rs-diz-firjan.html>> Acesso em: 09 Fev. 2022.

G1 RIO GRANDE DO SUL. **Maioria dos imigrantes do RS vem de Uruguai, Haiti e Venezuela, aponta estudo**. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2021/06/25/maioria-dos-imigrantes-do-rs-vem-de-uruguai-haiti-e-venezuela-aponta-estudo.ghtml>> Acesso em: 08 Mar. 2022.

GOVERNO RS. **Estudo mostra predomínio de homens, jovens e mais escolarizados entre os imigrantes no RS.** 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: 08 Mar. 2022.

GOVERNO RS. Painel Coronavírus RS. 2022. Disponível em: <<https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>> Acesso em: 08 Jan. 2022.

GRUPO A HORA. **Lajeado tem o maior número de casos ativos em dez meses.** 2022. Disponível em: <<https://grupoahora.net.br/conteudos/2022/01/13/lajeado-tem-o-maior-numero-de-casos-ativos-em-dez-meses/>> Acesso em: 12 Mar. 2022.

GRUPO A HORA. **Vale do Taquari tem cinco municípios entre as 100 maiores economias do RS.** Disponível em: <<https://grupoahora.net.br/conteudos/2020/12/17/vale-do-taquari-tem-cinco-municipios-entre-as-100-maiores-economias-do-rs/>> Acesso em: 10 Nov. 2021.

GRUPO A HORA. **Desemprego cresce e afeta cerca de 1 milhão de gaúchos.** Disponível em: <<https://grupoahora.net.br/conteudos/2020/05/19/desemprego-cresce-e-afeta-cerca-de-1-milhao-de-gauchos/>> Acesso em: 12 Out. 2021.

GRUPO A HORA. **Pedidos de seguro-desemprego somam mais de 400 por mês em lajeado.** 2022. Disponível em: <<https://grupoahora.net.br/conteudos/2022/01/12/pedidos-de-seguro-desemprego-somam-mais-de-400-por-mes-em-lajeado/>> Acesso em: 17 Jan. 2022.

GRUPO INDEPENDENTE. **Os impactos da pandemia no emprego e nos diferentes setores da economia do RS.** 2021. Disponível em: <<https://independente.com.br/os-impactos-da-pandemia-no-emprego-e-nos-diferentes-setores-da-economia-do-rs/>> Acesso em: 01 Fev. 2022.

GRUPO INDEPENDENTE. **Lajeado é reconhecido por acolhimento a imigrantes: “As pessoas tem que ser tratadas iguais”, afirma a secretária.** 2021. Disponível em: <<https://independente.com.br/lajeado-e-reconhecido-por-tratamento-a-imigrantes-as-pessoas-tem-que-ser-tratadas-iguais-afirma-secretaria/>> Acesso em: 17 Dez. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. **Sistema de Saúde Pública do Haiti é insuficiente.** 2009. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/noticias/sistema-de-saude-publica-do-haiti-e-insuficiente/>> Acesso em: 05 Dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Histórico da pandemia de Covid-19.** 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>> Acesso em: 10 Fev. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAJEADO. Disponível em: <<https://www.lajeado.rs.gov.br/>> Acesso em: 02 Fev. 2022.

REDAÇÃO GALILEU. **Preconceito contra infectados por Covid-19 atinge mais minorias étnicas.** Disponível em: <<https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2020/07/preconceito-contra-infectados-por-covid-19-atinge-mais-minorias-etnicas.html>> Acesso em: 11 Nov. 2021.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **Coordenação Estadual da Atenção Básica: Nota Técnica.** Disponível

em:<<https://atencabasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/02165750-lajeado-rs-ses.pdf>> Acesso em: 05 Jan. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAJEADO. **Unidade de Pronto**

Atendimento de Lajeado: Plano operativo. Disponível em:

<http://www.fhgv.com.br/home/wp-content/uploads/2018/11/07_Plano-Operativo-Lajeado-01-10-2017.pdf> Acesso em:05 Jan. 2022.

SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDÚSTRIAS AVÍCOLAS E ALIMENTAÇÃO EM GERAL DE LAJEADO E REGIÃO. **Minuano recebe 54 autos de infração.** 2015. Disponível em:

<<http://www.stiallajeado.com.br/noticia?Minuano%20recebe%2054%20autos%20de%20infra%C3%A7%C3%A3o®istro=197>> Acesso em: 20 Fev. 2022.

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO IMIGRANTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O ACESSO DE IMIGRANTES AOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO VALE DO TAQUARI/RS EM INTERFACE A PANDEMIA CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS

Prezado senhor/Prezada senhora

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado O acesso de imigrantes aos serviços da rede de Atenção Primária à Saúde no Vale do Taquari/RS em interface a pandemia causada pelo novo Coronavírus, que pretende compreender como se dá o acesso e a vinculação dos imigrantes aos serviços de UBSs e ESFs do município de Lajeado/RS. Vinculado ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Karen Priscila Rodrigues, que poderá ser contatada a qualquer tempo através do número (51) 993170268 ou e-mail: krodrigues75@gmail.com. Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são: Residente temporário ou permanente que reside há mais de um ano no Brasil; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar residindo no município de Lajeado/RS; ser usuário dos serviços da rede de APS do município. Sua participação consiste em responder um questionário de perguntas semiestruturadas. As entrevistas terão em média duração de 30 minutos. Serão gravadas e depois transcritas na íntegra para análise. Tal coleta de dados será realizada de forma presencial na ESF do município de Lajeado/RS. Importante salientar que os participantes não serão identificados em nenhuma fase do estudo. Visto que, a participação terá caráter voluntário e poderá ser interrompida a qualquer momento, podendo o entrevistado não responder qualquer questão que não se sinta confortável em responder, sem necessidade de justificativa ou explicação. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como possibilidade de constrangimento ao responder, medo, vergonha, estresse e cansaço ao responder as perguntas. Os riscos/desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados da seguinte forma: prestação de assistência imediata ao sujeito entrevistado, através da oferta de um espaço de escuta com a profissional pesquisadora ou mesmo interrompendo a coleta de dados com tal sujeito, respeitando dessa forma, seu espaço e sua singularidade. Por outro lado, a sua participação trará benefícios, como maior visibilidade a população pesquisada, melhoria no atendimento aos imigrantes. E por fim, nos permitirá compreender como se dá o acesso dos imigrantes às UBSs e ESFs, considerando suas necessidades e particularidades, o que poderá fomentar ações e programas voltados a esta população. Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através de uma reunião previamente agendada. Esse encontro acontecerá de forma presencial, através de apresentação oral, em espaço público. A devolutiva será realizada em reuniões de equipe ou em evento próprio a ser organizado nos locais onde a pesquisa ocorrerá, ou seja, na ESF moínhos, ESF centro e na 16ª CRS. Todos os participantes da pesquisa serão contatados previamente através de ligação telefônica para acertar o dia, hora e local da apresentação dos resultados. Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ RG ou CPF _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz). Fui, igualmente, informado/a: a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa; b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento; c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa; d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando; e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e, f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável. O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail cep@unisc.br.telefone.

Local: _____

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável pela apresentação desse Termo de Consentimento

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRABALHADORES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O ACESSO DE IMIGRANTES AOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO VALE DO TAQUARI/RS EM INTERFACE À PANDEMIA CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS

Prezado(a) senhor(a), Você está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “O acesso de imigrantes aos serviços da rede de Atenção Primária à Saúde no Vale do Taquari/RS” em interface a pandemia causada pelo novo Coronavírus, que pretende compreender como se dá o acesso e a vinculação dos imigrantes aos serviços de UBSs e ESFs do município de Lajeado/RS. Vinculado ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Karen Priscila Rodrigues, que poderá ser contatada a qualquer tempo através do número (51) 993170268 ou e-mail: krodrgues75@gmail.com. Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são: Ser trabalhador dos serviços da rede de APS de Lajeado/RS; Ser trabalhador responsável pela Política de Atenção Básica da Coordenadoria Regional de Saúde. Sua participação consiste em responder um questionário de perguntas semiestruturadas. As entrevistas terão em média duração de 30 minutos. Serão gravadas e depois transcritas na íntegra para análise. Tal coleta de dados será realizada de forma presencial na ESF e na sede da 16ª CRS do município de Lajeado/RS. Importante salientar que os participantes não serão identificados em nenhuma fase do estudo. Visto que, a participação terá caráter voluntário e poderá ser interrompida a qualquer momento, podendo o entrevistado não responder qualquer questão que não se sinta confortável em responder, sem necessidade de justificativa ou explicação. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como possibilidade de constrangimento ao responder, medo, vergonha, estresse e cansaço ao responder as perguntas. Os riscos/desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados da seguinte forma: prestação de assistência imediata ao sujeito entrevistado, através da oferta de um espaço de escuta com a profissional pesquisadora ou mesmo interrompendo a coleta de dados com tal sujeito, respeitando dessa forma, seu espaço e sua singularidade. Por outro lado, a sua participação trará benefícios, como maior visibilidade a população pesquisada, melhoria no atendimento aos imigrantes. E por fim, nos permitirá compreender como se dá o acesso dos imigrantes às UBSs e ESFs, considerando suas necessidades e particularidades, o que poderá fomentar ações e programas voltados a esta população. Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através de uma reunião previamente agendada. Esse encontro acontecerá de forma presencial, através de apresentação oral, em espaço público. A devolutiva será realizada em reuniões de equipe ou em evento próprio a ser organizado nos locais onde a pesquisa ocorrerá, ou seja, na ESF moinhos, ESF centro e na 16ª CRS. Todos os participantes da pesquisa serão contatados previamente através de ligação telefônica para acertar o dia, hora e local da apresentação dos resultados. Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ RG ou CPF _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz). Fui, igualmente, informado/a: a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa; b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento; c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa; d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando; e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e, f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável. O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail cep@unisc.br.telefone.

Local: _____

Data ___ / ___ / ____

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável pela apresentação desse Termo de Consentimento

APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA IMIGRANTES**O ACESSO DE IMIGRANTES AOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO VALE DO TAQUARI/RS EM INTERFACE A PANDEMIA CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS**

1. Qual tipo de cuidado em saúde que você busca quando procura a ESF ou UBS?
2. Com quantas pessoas você divide a residência?
3. Você entende o idioma brasileiro? Sente dificuldade em se expressar e de compreender o profissional da saúde ao procurar atendimento no serviço de APS?
4. Você tem conseguido cumprir com as orientações da OMS sobre a pandemia da Covid-19? Dessas orientações, o que foi mais difícil de se adaptar?
5. Aonde você trabalha? O que faz?
6. Quais os desafios que você encontra quando busca atendimento na APS? E como você avalia esses atendimentos?
7. Como você gostaria de ser atendido?
8. Como você tem se sentido durante a pandemia da Covid-19? Desprotegido? Recebeu alguma orientação?
9. Você tem se adaptado ao funcionamento do sistema de saúde do Brasil? Tem frequentado com que frequência os serviços das ESFs e UBSs? Tem aderido bem ao tratamento e acompanhamento dos serviços de saúde da sua região?

**APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA TRABALHADORES DA APS
O ACESSO DE IMIGRANTES AOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO VALE DO TAQUARI/RS EM INTERFACE A PANDEMIA CAUSADA PELO
NOVO CORONAVÍRUS**

1. Qual a sua formação?
2. Quais os desafios que você encontra quando um imigrante busca atendimento na APS? E como você avalia esses atendimentos?
3. Quais são as estratégias de promoção da Equidade em Saúde que estão realizando? Se não estão realizando nenhuma, qual o motivo?
4. Como você se sente ao atender um imigrante?
5. O que vocês têm feito para preparar os profissionais de saúde e para instrumentaliza-los diante a constante mobilidade humana no seu município?
6. Quais são as demandas em saúde que os imigrantes trazem no serviço onde você atua?
7. Você acha que teria necessidade de o município disponibilizar para os profissionais de saúde uma qualificação ou educação permanente para atender as demandas da população migrante?

APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA TRABALHADORES DA 16ª CRS

O ACESSO DE IMIGRANTES AOS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO VALE DO TAQUARI/RS EM INTERFACE A PANDEMIA CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS

1. Qual a sua formação?
2. Qual sua relação com a comunidade migrante e a APS?
3. Como coordenadoria, o que vocês têm feito para preparar os profissionais de saúde e para instrumentaliza-los diante a constante mobilidade humana e a busca de atendimentos no SUS pela comunidade migrante no município de Lajeado?
4. O que você acha da inclusão de imigrantes e refugiados na Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde?
5. O que você acha que seria interessante para que os imigrantes se sintam mais inclusos pelos serviços públicos de saúde?
6. O que é ofertado ou o que você acha que pode ser oferecido de diferente para a população migrante nos atendimentos da APS?
7. Enquanto coordenadoria de saúde, quais os desafios que você enfrenta ao trabalhar com essa população (seja direta ou indiretamente)?
8. Foi passado alguma informação/orientação para as equipes de saúde sobre protocolos de segurança sobre a Covid-19 para a comunidade migrante? Se sim, o que foi passado? Se não, Por quê? Alguma coisa de diferente em relação aos não migrantes?